

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Lucie Jičinská

Problémové užívání drog v části Prahy, kde nepůsobí žádný
specializovaný nízkoprahový program

Problem drug use in the Prague's quarter without functioning
specialised harm reduction programme

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 20. 7. 2015

Lucie Jičínská

.....

Poděkování

Děkuji MUDr. Viktorovi Mravčíkovi, Ph.D. za poskytnuté rady a neskonalou trpělivost při psaní mé bakalářské práce

Mé poděkování patří též všem respondentům výzkumu za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Identifikační záznam:

JIČINSKÁ, Lucie. *Problémové užívání drog v části Prahy, kde nepůsobí žádný specializovaný nízkoprahový program. [Problem drug use in the Prague's quarter without functioning specialised harm reduction programme]*. Praha, 2015. 33s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá problémovým užíváním drog, jeho vývojem, povahou a mírou důsledků pro jedince i společnost. Zaměřuje se na aktuální situaci v České republice a v Praze, fungování nízkoprahových kontaktních služeb pro problémové uživatele drog, protidrogovou politiku hlavního města a problémové užívání drog v konkrétní pražské městské části.

Cílem výzkumu bylo zmapovat situaci problémového užívání drog v lokalitě Michle, kde nepůsobí žádný nízkoprahový specializovaný program pro uživatele drog. Záměrem bylo zjistit, zda se ve čtvrti problémové užívání drog vyskytuje, jaká je jeho míra, vzorce, specifika a zda je zde zapotřebí specializovaného nízkoprahového programu.

Jako metoda sběru a analýzy dat byla použita metodika Rapid Assessment and Response za pomoci analýzy dostupných dat a materiálů (výroční zprávy organizací, materiály pražské protidrogové politiky) a polostrukturovaných rozhovorů s klíčovými informanty (problémoví uživatelé drog, zástupci institucí, pracovníci pražských nízkoprahových služeb, místní obyvatelé a informanti z oblasti služeb).

Názory naprosté většiny respondentů se shodují a vzájemně doplňují a podporují. Problémové užívání drog se ve čtvrti vyskytuje a má své charakteristiky (vysoký podíl uživatelů buprenorfinu, menší anonymita než v centru města, obydlování opuštěných objektů), dle zjištěných informací ale nepřekračuje míru výskytu tohoto jevu v kontextu velkoměsta. Otevřená drogová scéna zde nefunguje.

Působení nízkoprahových služeb v oblasti by bylo vhodné, jejich stávající pokrytí a dostupnost není ideální. Přihlédneme-li ovšem k omezeným kapacitním a finančním možnostem, jeví se jako vhodný vznik kontaktního a poradenského zařízení na východní straně Prahy sloužícího nikoliv jen pro jednu, nýbrž pro více městských částí, čímž by se nízkoprahové služby svým klientům přiblížily a byly by místně dostupnější.

Klíčová slova

problémové užívání drog, Rapid Assessment and Response, nízkoprahové služby

Abstract:

The bachelor paper undertakes a topic of problem drug use, its development, nature, range of consequences for individuals and the society. It's focused on recent situation in problem drug use in the Czech Republic and Prague, on work of low-threshold services for problem drug users, drug policy of capital city and particular part of the city.

The aim of the research was to analyse the situation of problem drug use in Prague's quarter Michle, where no specialized low-threshold program for drug users is operating. The intention was to find out whether problem drug use exists in the area, what is its prevalence, patterns, specifics, and whether the low-threshold program is needed.

The Rapid Assessment and Response methodology was used as a method of data collection and analysis - analysis of available data and materials (annual reports of organizations, materials of Prague drug policy) and semi-structured interviews with key informants (problem drug users, representatives of institutions, workers of Prague low-threshold services, locals and informants in the service sector).

The views of the overwhelming majority of respondents agree, support and complement each other. Problem drug use is occurring in the Michle district and has its own characteristics (a high proportion of users of buprenorphine, less anonymity than in the city centre, squatting), but according to available analysed information, it does not exceed extent of the phenomenon in the context of the large city. Open drug scene was not found out here.

Operation of low-threshold services in the area would be appropriate, their current coverage and accessibility is not ideal. However, if we take into account limited available capacity and financial means, it seems appropriate to establish the contact and counselling centre in some part of the city on the east side of Prague, which would provide services for not only one but number of districts and make low-threshold services more accessible for clients from this area.

Key words

problem drug use, Rapid Assessment and Response, low-threshold services

Obsah

1. Úvod	1
2. Teoretická část	2
2.1. Problémové užívání drog.....	2
2.2. Povaha problémového užívání drog.....	3
2.2.1. Důsledky na individuální úrovni	4
2.2.2. Důsledky pro společnost.....	6
2.3. Odhady prevalence problémového užívání drog	6
2.3.1. Skrytá povaha problémového užívání drog	7
2.3.2. Problémové užívání drog v ČR	7
2.3.3. Problémové užívání drog v Praze	8
2.4. Nízkoprahové kontaktní a poradenské služby pro problémové uživatele drog.....	9
2.4.1. Terénní programy	10
2.4.2. Nízkoprahová kontaktní centra	10
2.4.3. Alternativní nízkoprahové služby	11
2.5. Metoda Rapid Assessment and Response	12
2.5.1. Použití metody RAR	12
2.5.2. Zdroje data a jejich analýza	13
3. Praktická část	17
3.1. Úvod	17
3.2. Východiska.....	17
3.2.1. Hlavní město Praha.....	17
3.2.2. Protidrogová politika v Praze.....	18
3.2.3. Praha 4 a drogová problematika v Praze 4.....	20
3.3. Etické aspekty výzkumu	21
3.4. Metodika	21
3.4.1. Problémoví uživatelé drog.....	21
3.4.2. Pracovníci pražských nízkoprahových programů	22
3.4.3. Klíčoví informanti – zástupci institucí.....	22
3.4.4. Klíčoví informanti z oblasti zábavy a služeb	22
3.4.5. Obyvatelé lokality	22
3.5. Výsledky.....	23

3.5.1. Informace z existujících zdrojů	23
3.5.2. Rozhovory s problémovými uživateli drog	25
3.5.3. Informace od pracovníků pražských nízkoprahových programů	26
3.5.4. Informace od zástupců institucí	26
3.5.5. Informace od klíčových informantů z oblasti zábavy a služeb	27
3.5.6. Názory místních obyvatel	28
3.6. Diskuze a závěry	29
Citovaná literatura	31

1. Úvod

Problémové užívání drog definuje vzorce a způsoby užívání, jenž s sebou na rozdíl od ostatních variant užívání návykových látek (experimentování, rekreační užívání), nesou z pravidla závažné zdravotní, sociální a psychické důsledky pro jedince i pro společnost jako celek. Z těchto důvodů je jevu přikládána velká pozornost a je častým předmětem zájmu, zkoumání a zjišťování jeho míry. V současné době je ve většině vyspělých zemí snaha minimalizovat poškození, které problémové užívání drog přináší, prostřednictvím „harm reduction“ intervencí, které se snaží o snížení, ideálně minimalizaci rizik a dopadů (pro společnost i klienta), které s sebou nese problémové užívání drog a je součástí konceptu „public health“, který si klade za cíl ochranu veřejného zdraví.

V bakalářské práci se snažím zaměřit na chápání problémového užívání, jeho změny ovlivněné substancemi, uživateli i HR intervencemi a následné nutné transformace jeho vnímání v současné době se již hovoří o užívání vysoce rizikového, které se nevěnuje tolik způsobu aplikace, ale je více zaměřeno na reálně negativní důsledky tohoto jevu, jenž se snažím stručně popsat.

Nízkoprahové služby pro uživatele drog jsou možností, jak na uživatele určitým způsobem působit, tzv. „skrytou populaci“ uživatelů nemáme žádným způsobem možnost oslovovat, edukovat, ani motivovat ke změně chování k méně rizikovému a tudíž ani zmírňovat dopady a rizika spojená s problémovým užíváním drog.

Praha, jakožto každá početná metropole, se musí vypořádávat s negativními společenskými jevy, které s sebou koncentrace velkého množství osob přináší, jakým je např. i problémové užívání drog. Tradičně se problémoví uživatelé kumulují v centrech měst, neboť jim poskytují značnou anonymitu, nízkou míru sociální kontroly, příležitosti pro získání peněz i drog. V bakalářské jsem se chtěla věnovat výzkumu problémového užívání drog v místě Prahy, kde je situace již z podstaty věci pravděpodobně jiná.

2. Teoretická část

2.1. Problémové užívání drog

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) definuje problémové užívání drog jako „Injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“ (EMCDDA & Institute for Therapy Research, 1998).

Prevalence problémového užívání drog je dle EMCDDA jedním z pěti klíčových, epidemiologických indikátorů: užívání drog v obecné populaci, problémové užívání drog, žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog, infekční nemoci a úmrtí spojená s užíváním drog, mortalita uživatelů drog, jejichž prostřednictvím je monitorován fenomén užívání návykových látek v Evropské unii. Oproti ostatním indikátorům jako jsou úmrtí, nebo infekční nemoci spojené s užíváním drog, se problémové užívání zaměřuje více na samotné vzorce užívání a jejich specifika, než na zdravotní a sociální důsledky. Jedná se o způsob užívání, který je problematičtější než ostatní a způsobuje větší poškození individuálně i pro společnost. I přes zdánlivě konkrétní definici EMCDDA se její výklad i odhady problémového užívání v jednotlivých zemích Evropské unie často liší, jelikož jsou závislé na užitých konkrétních metodách a zdrojích dat (EMCDDA, 2009).

Přibližně před 10 lety se rozhořela diskuze, zda by nebylo žádoci stávající definici upravit, přizpůsobit současné, relativně různorodé situaci v Evropě. V 80. a 90. letech bylo injekční užívání hlavně heroinu považováno za stěžejní část drogové problematiky, v současné době je nutné reagovat na širší spektrum drog i forem jejich užívání, které se objevuje i díky rozšiřování EU. Jako příklady jsou uváděny pokles užívání heroinu, výskyt nových syntetických drog, výskyt kokainu a vysokou prevalenci užívání konopí v obecné populaci. Současně jednotlivé evropské země přizpůsobují definici problémového užívání drog tak, aby vyhovovala jejich konkrétním potřebám, některé země tedy pracují s definicí v její původní podobě, jiné ale nevylučují uživatele konopí (kteří splňují kritéria závislosti), další sledují pouze uživatele opiátů, ve výsledku tedy aplikace definice může být poměrně nejednotná (EMCDDA, 2006).

V několika posledních letech tedy došlo k přehodnocování dosud užívaných ukazatelů problémového užívání a nyní se tak můžeme setkávat s novým pojmem - High-risk drug use (HRDU) – vysoce rizikové užívání, který je dle EMCDDA definován jako „opakované užívání drog, které způsobuje skutečné poškození (má negativní důsledky) pro jednotlivce (zahrnuje závislost, ale také ostatní zdravotní, psychologické a sociální problémy) nebo tvoří vysokou pravděpodobnost rizika utrpění takovýchto škod.“ Mezi běžné odhady prevalence vysoce rizikového užívání se pak řadí užívání opiátů týdně nebo častěji v uplynulých alespoň šesti měsících z dvanácti, užívání jakékoliv psychoaktivní substance injekčně v uplynulých dvanácti měsících a nově i časté a vysoce rizikové užívání konopí denně, nebo téměř denně v posledním roce. Dále EMCDDA zmiňuje prevalenční odhady specifické pro určité státy, k těm patří např. užívání kokainu, amfetaminů a jiných substancí v závislostech na potřebách a situaci konkrétních zemí (GHB, těkavé látky, benzodiazepiny). Polyvalentní užívání je rovněž kritériem (EMCDDA, 2013).

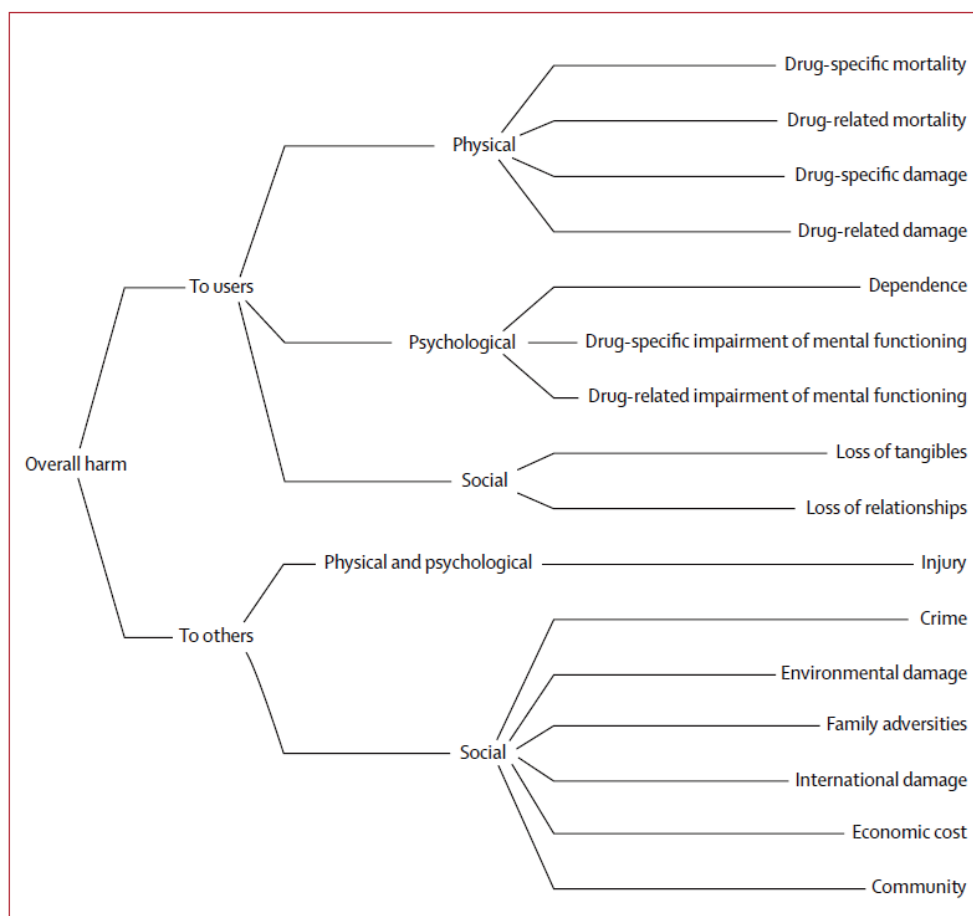
2.2. Povaha problémového užívání drog

Problémové užívání drog s sebou nese širokou škálu nepříznivých konsekvencí, které lze rozdělovat na důsledky pro jednotlivce, kterými jsou obecně dopady zdravotní, psychické, sociální - tyto mohou být aktuální (krátkodobé) či chronické (dlouhodobé), nebo dále důsledky pro společnost jako celek.

Best et al. (2003) zmiňuje několik faktorů, které dává do souvislosti s rozsahem poškození, které vzniká v důsledku užívání drog. Jedná se o aspekty, kterými jsou: způsob aplikace, množství a čistota dávky, užívání více drog současně, dostupnost drogy (jak rychle a jednoduše je dostupná a jaký to má vliv na její aplikaci), právo (jak vypadá zákon a jeho implementace), sociální kontext, věk uživatele a případně vývojové problémy, individuální zranitelnost jednotlivce na všech úrovních apod. Činitelů, které ovlivňují dopady na individuální rovině je tedy značné množství, současně na každého mají jednotlivé faktory jiný vliv a v důsledku se může povaha a míra problémů uživatelů značně lišit i při zachování relativně obdobných okolností a poměrů.

Nutt et al. (2010) ve svém modelu shrnuje jednotlivé oblasti poškození v důsledku užívání drog. Rozděluje je zvláště na následky nepříznivé pro uživatele a pro ostatní. Uživatelům vznikají újmy fyzické (zdravotní následky, mortalita), psychické (závislost, narušení mentálních a kognitivních funkcí) a sociální (ztráta vztahů i hmotného majetku). Společnosti vznikají škody zdravotní (zranění) a sociální (zločinnost, znehodnocování prostředí, poškození rodin, komunity, ekonomické náklady).

Obrázek 1: Kritéria organizovaná dle škod pro uživatele nebo společnost dle Nutta et al. (2010)



Best et al.(2003) dále poukazuje na důležitost rozlišování mezi „škodami způsobenými drogami“ a „škodami vzniklými v souvislosti s nimi“. „Člověk, který zemře na srdeční onemocnění, mohl mít srdce oslabené dlouhodobým nadměrným pitím, ale mohl se též špatně stravovat, mít málo pohybu a stresující životní styl. V tomto případě by alkohol podpořil tento nepříznivý stav, nebyl by ovšem jediný determinant, což komplikuje otázku příčiny.“

2.2.1. Důsledky na individuální úrovni

2.2.1.1. Somatické zdraví

Ke zdravotním důsledkům intenzivního užívání se řadí změny s krátkodobým, nebo dlouhodobým dopadem na mozek a jiné fyziologické změny charakteristické pro užívání návykových látek. Krátkodobým důsledkem je intoxikace, ale může dojít až předávkování, dlouhodobě lze pozorovat změny na mozkové tkáni uživatelů (Rehm at al., 2013).

Dalšími možnými negativními somatickými důsledky jsou:

- celkový špatný zdravotní stav uživatele, způsobený především životním stylem a nízkou dostupností zdravotní péče, nikoliv primárně psychoaktivní látkou jako takovou.
- ohrožení infekčními nemocemi vyšší než je u většinové populace (HIV, VHC, VHB, TBC), a to z důvodů vzájemného sdílení injekčního materiálu, užívání nesterilních pomůcek, nízkého hygienického standartu, který vyplývá z nízké socio-ekonomické životní úrovně uživatelů, sexuální promiskuity a nerespektování pravidel bezpečného sexu.
- zdravotní důsledky v souvislosti s intravenózní aplikací drogy (zánět žil, abscesy, flegmóny, vznik sepse apod.)
- orgánová a systémová postižení vzniklá dlouhodobým užíváním drog (oslabený imunitní systém, dlouhodobě zatížený kardiovaskulární systém, eventuální poškození jater, ledvin, dýchacího systému atd.) (Minařík a Hobstová in Kalina a kol., 2003).

2.2.1.2. Duševní zdraví

K dalším komplikacím a dopadům užívání drog lze zařadit komorbiditu v oblasti duševního zdraví, která je u PUD relativně častým jevem. Podle ředitele amerického National Institute on Drug Abuse trpí 30 – 60 % osob zneužívajících návykové látky souběžně probíhající duševní poruchou (Leshner, 1999). Regier et al. (1990) uvádí, že 53 % osob s diagnózou závislosti, trpí také další, minimálně jednou, psychickou poruchou. Faktor kauzality v tomto ohledu zůstává předmětem diskuzí.

Akutně může dojít ke vzniku psychotické poruchy (toxické psychózy), která se vyznačuje smyslově živými halucinacemi, typicky sluchovými, nebo kombinací více smyslů, záměnou osob, bludy, vztahovačností, psychomotorickými poruchami, abnormálními a neadekvátními emocemi. Z dlouhodobé perspektivy je možný vznik psychotické poruchy s pozdním začátkem – demence vyvolaná dlouhodobým užíváním návykových látek. Objevovat se můžou též psychotické reminiscence, neboli „flashbacky“ (Nešpor in Kalina, 2003).

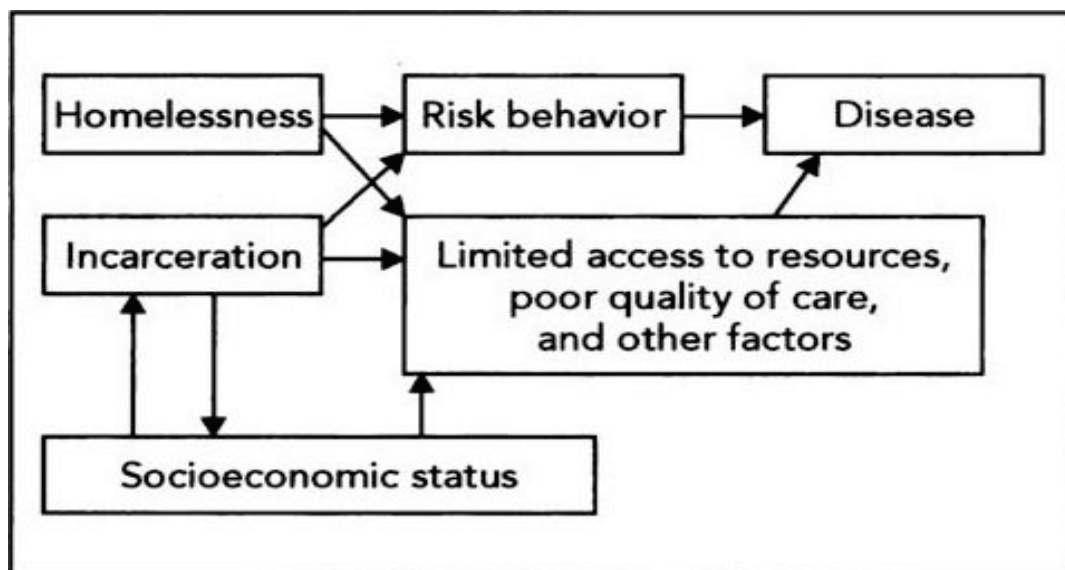
V souvislosti s problémovým užíváním drog a příslušným životním stylem uživatelů se často objevují i další psychické problémy, může dojít k výskytu posttraumatické stresové poruchy, ke změnám osobnosti, chování a prožívání uživatelů.

2.2.1.3. Sociální situace

Dlouhodobé intenzivní užívání drog způsobuje rovněž závažné sociální dopady, jako je neschopnost plnohodnotného fungování ve společnosti, plnění příslušných sociálních rolí, finanční samostatnosti, což následně často vede k negativním důsledkům pro jedince i jeho okolí (špatná bytová situace apod.). Ve většině případů problémové užívání drog ovlivňuje mezilidské vztahy uživatelů, fungování rodin a partnerství, objevuje se vliv na práci či studium, mění se sociální status, dochází k sociální izolaci a vyloučení, což může mít za projevy např. nezaměstnanost, závislost na sociálních dávkách, život ve vyloučených lokalitách, špatný zdravotní stav, adaptace na stav v podobě přijetí specifických norem a forem uvažování a chování. Mezi uvedenými jevy, sociálním vyloučením a závislostí existuje úzký vztah, často je ovšem těžké určit, který faktor je příčinou a který důsledkem. Jelikož faktory „mohou být přímým důsledkem užívání drog, mohou představovat faktory, které užívání drog způsobily, případně se mohou jen vyskytovat u týchž jedinců bez příčinné souvislosti jakéhokoliv typu.“ (Mravčík, Zábranský in Kalina, 2015, March, 2006).

Galea (2002) tvrdí, že sociální faktory nejsou následky, ale spíše okolnostmi, užívání drog. Zaměřuje se na tři konkrétní aspekty: socioekonomický status, bezdomovectví a problémy se zákonem (uvěznění), přičemž dva poslední faktory pokládá v podstatě za důsledek nízkého socioekonomického statutu. Pojem sociální prostředí zahrnuje všechny sociální faktory, zároveň se jím rozumí souhrn všech norem a sociálních vztahů, ve kterých jedinci vystupují a interagují, tedy např. sociální hierarchie (finanční příjmy, fungování na pracovišti), veřejná politika (bydlení, vzdělávání), kulturní normy, sociální vazby (sociální sítě, diskriminace), tyto faktory, označované jako „sociální determinanty“ dále působí na makro i individuální úrovni a mají další důsledky např. na zhoršení zdraví uživatelů (nevhodné bydlení, které zvyšuje riziko přenosu infekčních chorob apod.)

Obrázek 2: Model vztahů mezi socioekonomickým statusem, bezdomovectvím, odnětím svobody a zdravím uživatelů nelegálních drog dle Galea (2002)



2.2.1.4. Kriminalita

Kriminalitu v souvislosti s užíváním drog můžeme rozdělovat na:

- *Primární drogové trestné činy*, jedná se o porušení „drogových“ zákonů, v České republice jsou to § 283- §287 trestního zákoníku.
- *Sekundární drogové trestné činy*, k nimž dochází za účelem obstarání si prostředků na nákup drog, a/nebo pod vlivem drog. Jde především o krádeže a loupeže, podvody apod.
- *Terciární drogové trestné činy*, kdy je obětí trestného činu uživatel drog (násilné trestné činy, sexuální trestné činy, vydírání).

Například v kontextu České republiky páchají uživatelé podle odhadů přibližně třetinu majetkových trestných činů, především krádeží (Mravčík a kol., 2014).

2.2.2. Důsledky pro společnost

Podle Nutta et al. (2010) lze za sociální důsledky užívání drog pro společnost jsou považovat možná zranění a poškození ostatních, kriminalitu, poškozování prostředí, rodin, komunity, ekonomické náklady a mezinárodní dopady.

Radimecký (in Kalina, 2003) uvádí, že „Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním drog souvisejí, ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti. Užívání drog představuje závažné riziko: změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodin, ohrožení pořádku ve městech, veřejného zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně. Společenské náklady ve spojitosti s užíváním nelegálních drog (náklady na prevenci, léčbu, represi a hodnota ušlé produktivity) činí nejméně 2,8 miliardy Kč ročně; zhruba 80 % přímých nákladů je vynaloženo na represivní opatření, tj. na práci policie, soudů a vězeňství. Pole odhadů je v ČR především majetkovými trestnými činy, páchanými v souvislosti s drogami, způsobena každoročně škoda zhruba 1,9 miliardy Kč.

Společenským nákladům na užívání návykových látek se věnovala studie Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v r. 2007 (Zábranský et al., 2011), kde byly zahrnuty náklady přímé (prostředky, které společnost přímo vydá na řešení problému dané skupiny psychotropních látek) i nepřímé (prostředky, jež společnost v důsledku užívání psychotropních látek nezíská). Podle této studie jsou v ČR náklady na nelegální drogy 6,7 mld. Kč.

2.3. Odhady prevalence problémového užívání drog

Problémové užívání nemůže být měřeno standardními populačními studiemi, neboť prevalence tohoto jevu je velice nízká (v EU mezi 0,2 % a 0,9 %), navíc kontaktování uživatelů, míra jejich ochoty ke spolupráci a spolehlivost odpovědí, je vzhledem k povaze tématu, věc relativně problematická. K odhadování počtu problémových uživatelů se tedy užívají metody nepřímé, metody statistického modelování, nebo kombinace obojího. Jedná se o multiplikační metodu, která funguje tak, že je zjištěn počet uživatelů v daném území (městě, okrese), dále je některý z typických indikátorů (např. počet osob, které využívají léčbu a služby, počet stíhaných pro drogové trestné činy) a je vypočítán poměr – multiplikátor, mezi tímto indikátorem a

hodnotou problémových uživatelů. Tento poměr poté může být použit pro větší území. Určení multiplikátoru může proběhnout na více místech, tím je brána v potaz různorodost jednotlivých lokalit a dosaženo zpřesnění dat. Multiplikátor je možno zjistit též metodou nominativní – uživatelům drog jsou pokládány otázky typu „Kolik uživatelů drog velmi dobře osobně znáš?“ a „Kolik z nich v posledním roce využilo nějaký program výměny jehel?“ při dostatečné heterogenitě a množství uživatelů, lze získat multiplikátor, který je možno aplikovat na celou populaci. Dalšími, složitějšími metodami doporučenými EMCDDA pro zjišťování počtu PUD jsou např. metoda zpětného záchytu (capture-recapture), metoda zpětné kalkulace (back-calculation method), multiindikátorová metoda (multivariate indicators) (Mravčík, Zábanský in Kalina, 2015).

2.3.1. Skrytá povaha problémového užívání drog

Část populace PDU je nedostupná informačním zdrojům a pomáhajícím službám. Jde o část obtížně dosažitelnou s minimální motivací službu vyhledat a řešit problémy (tzv. skrytá populace).

Na drogové scéně do „skryté populace“ patří:

- tzv. experimentátoři, tj. většinou mladí lidé, v počátečních stádiích drogových experimentů
- „děti ulice“, které nacházejí přechodně azyl na drogových bytech (mohou být ve fázi experimentu, pravidelného užívání či závislosti),
- pravidelní uživatelé drog, jejichž sociální či zdravotní situace není debaklová a kteří nejsou tudíž motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí,
- problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti – mají sice někdy zájem o pomáhající aktivity, ale nejsou schopni je vyhledat a využít. (Hrdina in Kalina, 2003).

Glosář (Kalina, 2001) definuje skrytou populaci jako termín pro uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu s žádnými existujícími zdravotními, nebo sociálním službami s běžnými zdravotně výchovnými programy. Důvodem může být např. Odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty, nezájem o odbornou péči, nedůvěra k institucím, citlivost na administrativní postupy jako je vedení dokumentace o klientech, neplacení zdravotního pojištění, odsuzování a odmítání, strach z problémů s úřady a policií apod.

2.3.2. Problémové užívání drog v ČR

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog za rok 2013 (Mravčík et al., 2014) uvádí, že v České republice je 44,9 tis. problémových uživatelů drog (PUD), (jedná se o 34,2 tis. uživatelů pervitinu, 3,5 tis. heroinu a 7,2 tis. uživatelů buprenorfinu, celkem tedy 10,7 tis. uživatelů opioidů). Tento odhad byl proveden metodou multiplikační (MM) pro kterou jsou zdrojem dat závěrečné zprávy z dotačního řízení RVKPP, nově byl započítán i odhad neidentifikovaných, anonymních klientů. Není zde brán v úvahu překryv klientů mezi jednotlivými službami, pokud by zohledněn byl, je pravděpodobné, že počet PUD by byl o 4tis. nižší, ovšem na druhou stranu jiný odhad – uskutečněný v Praze metodou zpětného záchytu (CRM), kde překryv v potaz brán byl, došel k velice ekvivalentním výsledkům.

Ve srovnání s předchozími léty došlo opět ke snížení počtu uživatelů heroinu a ke zvýšení u buprenorfinu (Subutex®, Suboxone® a Ravata®). Dále jsou na černém trhu dostupná též

morfinová analgetika Vendal® Retard a transdermální náplasti obsahující fentanyl, tyto se na černý trh dostávají prostřednictvím příbuzných vážně nemocných osob užívajících náplasti k léčbě bolesti, nebo jsou získávány jako použité z nezajištěného odpadu. Poptávka po jiných látkách opiátového typu je velmi pravděpodobně stimulovaná nedostatkem a nízkou kvalitou heroinu na konci distribučního řetězce. Patrné je zvýšení počtu uživatelů pervitinu, do jehož výroby a distribuce se v posledních letech zapojují osoby původem z Vietnamu. Přibližně od roku 2010 se v České republice vyskytují též nové syntetické drogy, které jsou dováženy převážně z Číny a Indie. Jedná se o látky různých chemických skupin např. syntetické kanabinoidy, fenetylamin, katinony, tryptaminy a další. Nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů je v Praze a kraji Ústeckém. Nadprůměrnou prevalenci PUD na počet obyvatel má také kraje Karlovarský, Liberecký, Jihočeský a Olomoucký. Nárůst středního odhadu počtu problémových uživatelů drog je za posledních deset let o více než polovinu a prevalence problémového užívání drog v ČR v r. 2013 přesáhla 0,6 % obyvatel ve věku 15–64 let. (Mravčík et al., 2014)

Tabulka 1: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2013 podle krajů – střední hodnoty (Mravčík et al., 2014)

Rok	Problémoví uživatelé drog celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	Na 1000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé buprenorfinu	Celkem	Celkem na 1000 os. 15–64 let	Počet	Na 1000 os. 15–64 let	Počet	Na 1000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	–	–	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	–	–	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	–	–	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	–	–	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	6 200	4 300	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,20	5 750	4 250	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6 400	4 900	11 300	1,52	21 200	2,87	31 200	4,21
2009	37 400	5,04	7 100	5 100	12 100	1,63	25 300	3,40	35 300	4,75
2010	39 200	5,30	6 000	5 000	11 000	1,48	28 200	3,81	37 200	5,03
2011	40 200	5,51	4 700	4 600	9 300	1,27	30 900	4,24	38 600	5,29
2012	41 300	5,71	4 300	6 300	10 600	1,47	30 700	4,25	38 700	5,35
2013	44 900	6,29	3 500	7 200	10 700	1,50	34 200	4,79	42 700	5,97

2.3.3. Problémové užívání drog v Praze

Odhady problémového užívání drog v Praze jsou získávány navíc metodou zpětného zachytu (CRM), která využívá modelu založeného na překryvu dvou a více datových zdrojů (Mravčík et al., 2014).

Šest pražských nízkoprahových programů (tři terénní programy a tři kontaktní centra) pro tento účel poskytují anonymní kódy svých klientů. Celkem jde o asi 8700 klientů, kteří disponují tímto kódem, který se skládá z prvních tří písmen křestního jména matky, dvou číslic dne narození klienta, prvních tří písmen křestního jména klienta a dvou číslic měsíce narození klienta. Po korekci na nekódované klienty byl získán počet 14,5tis. PUD. Tento výsledek podporují též odhady

nízkoprahových programů i výsledky odhadu provedeného metodou multiplikační (MM) (Mravčík et al., 2014).

Poměr mezi muži a ženami je u pražských PUD 3:1. Vývoj problémového užívání drog je v Praze obdobný jako ve zbytku republiky. Dochází k poklesu počtu uživatelů heroinu (1300-2200 uživatelů), což můžeme pozorovat v celé Evropě, naopak je zaznamenáno zvyšování počtu uživatelů pervitinu, kterých je asi 6tis. (konkrétně 5800 dle CRM a 6700 dle MM) a buprenorfinu (5400 uživatelů). Výroční zpráva uvádí, že v roce 2011 nebyly jako primární drogy vůbec uvedeny Suboxone® a nové syntetické drogy, v roce 2013 je již zaznamenáno 1200 uživatelů Suboxone® a 700 uživatelů nových syntetických drog, zkušenost s jejich užitím v posledním roce uvádí přibližně třetina PUD (Mravčík et al., 2013).

2.4. Nízkoprahové kontaktní a poradenské služby pro problémové uživatele drog

Nízkoprahový přístup má program či službu, jenž je přístupný komukoliv bez nároků, podmínek či stanovených omezení. Cílem je tímto způsobem osvojit a vejít do kontaktu s co největším počtem osob. Nedochází k vytváření bariéry (např. prostřednictvím požadavků na abstinenci) a je snaha o maximální dostupnost v čase i prostoru. Současně funguje mnohdy jako první adiktologická služba, se kterou klient přichází do styku a zprostředkovává tak kontakt s případnými dalšími složkami systému péče (Hrdina, Korčíšová in Kalina, 2003).

Glosář (Kalina, 2001) definuje kontaktní práci jako činnost, jejímž základním cílem je navázání kontaktu s klientem a vznik vztahu, který je založen na otevřenosti, důvěře a vzájemné komunikaci. Touto metodou dochází k budování důvěry klienta v program či zařízení a k možnosti využití odborné pomoci obecně. Obsahem kontaktní práce je poučení klienta o účincích látek, rizicích a možných důsledcích aplikace, o způsobech bezpečnějších variant aplikace, o závislosti, bezpečném sexu, infekčních nemocích atd. Prohloubení kontaktu lze využít k diskuzi o možnosti změny rizikového chování či vyhledání dalších, navazujících odborných služeb. Kontaktní poradenství, i když často krátké, nesystematické, může klientům pomoci definovat a navrhovat řešení problémů zdravotních, sociálních, finančních, psychologických apod.

Kalina (2008) hovoří o poradenství, jako o procesu, kde na jedné straně vystupuje vyškolený pracovník (poradce), který nabízí poradenské služby a na straně druhé jejich uživatel (klient), který je dobrovolně využívá. Obecným cílem poradenství je zlepšit aktuální životní situaci klienta formou pomoci, nikoliv kontroly. Kontaktní poradenství, i když často krátké a nesystematické, může klientům pomoci definovat a navrhovat řešení problémů zdravotních, sociálních, finančních, psychologických apod.

Kontaktní práce naplňuje principy harm reduction – konceptu, který se zaměřuje na minimalizaci škod souvisejících s užíváním drog u osob, které v aktuální chvíli nejsou schopny, nebo ochotny s tímto přestat. Za východiska jsou považovány pragmatičnost, humanistické hodnoty, zaměření na poškození a důsledky, kladení bezprostředních cílů, zvažování nákladů a přínosů. Kontaktní práce má dále dvě formy: terénní programy a kontaktní centra.

2.4.1. Terénní programy

Terénní práce (street work) je konkrétní kontaktní forma práce s uživateli drog, která je jim poskytována v jejich přirozeném prostředí, většinou na veřejných místech, na ulici – na otevřené drogové scéně, nebo drogové scéně uzavřena – ve squatech, bytech. Dle standardů odborné způsobilosti (UV, 2003) se jedná o služby aktivního vyhledání a prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném a vlastním sociálním prostředí uživatelů drog, které aplikují přístup harm reduction, mají za cíl působit na klienta a ovlivnit jeho motivaci ke změně životního stylu a rizikového chování i k vyhledání příslušných odborných zařízení (Miovský, 2013).

Dle § 69 zákona 108/2006sb.(2006) o sociálních službách jsou terénní programy „terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně. Služba zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, pomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ Elich (1993) označuje terénní programy za „navštěvující“ sociální práci, která neotálí a nevyčká, až se na ni někdo obrátí s problémem, ale která se sama nabízí v místech vznikajících sociálních konfliktů, kde je potřebná.

Terénní programy si kladou za cíle mapovat drogovou scénu, kontaktovat skrytou populaci, poskytovat adekvátní, potřebné informace a působit na klienty v ideálním případě směrem k abstinenci, léčbě, nebo k méně sebedestruktivnímu, bezpečnějšímu způsobu aplikace a snižování rizikových způsobů chování obecně, což vede k minimalizaci negativních sociálních i zdravotních důsledků užívání drog. Důsledkem je snižování rizik pro uživatele samotné i společnost. Dalšími cíly je udržet nízký výskyt AIV/AIDS positivity, snížit výskyt hepatitidy B i C, snižovat počet úmrtí v důsledku předávkování, předcházet kriminalitě, motivace klientů k bezpečné likvidaci použitého injekčního materiálu a údržba exponovaných míst na otevřené drogové scéně (sběr a likvidace odhozených stříkaček) (Hrdina in Kalina, 2003).

Seznam a definice výkonů drogových služeb (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006) uvádí, že složkami terénní práce jsou výměna injekčního a ostatního materiálu, která je považována za významný prvek strategie HR, dále informační servis, sociální a zdravotní poradenství, krizová intervence. Každá složka dále obsahuje jednotlivé konkrétní, definované výkony např. kontaktní práce, individuální poradenství, vstupní zhodnocení stavu klienta, potravinový servis, základní zdravotní ošetření apod.

2.4.2. Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centra pro uživatele drog jsou stejně jako terénní programy službou nízkoprahovou, která by měla být pro klienty dostupná a dosažitelná bez rozdílu rasy, věku, pohlaví, náboženství, politického přesvědčení atd. Filozofie kontaktních center rovněž vychází s principů public health, harm reduction a humanistických hodnot a přístupů orientovaných na člověka, který má v sobě pozitivní potenciál ke změně a vývoji (Kalina, 2008).

Služby a úkony vykonávané kontaktními centry jsou v podstatě totožné se službami terénních programů, s rozdílem, že zde existuje určité zázemí, které umožňuje jinou podobu intervencí, než venkovní prostředí s mnoha rušivými podněty a rychle proměnlivou, nepřehlednou situací. Vzniká zde větší prostor a čas pro koncentraci na poradenství, odběr biologického materiálu, orientační testování na infekční nemoci, vyšetření somatická, psychiatrická či psychologická. K dispozici je rovněž hygienický servis. Též existuje možnost aplikovat jisté prvky např. skupinové terapie, nebo lze zařadit práci s rodinami i jinými osobami, které jsou klientům blízké a potřebují odbornou pomoc.

2.4.3. Alternativní nízkoprahové služby

V zahraničí můžeme kromě výše zmíněných terénních programů a kontaktních center, zaznamenat i služby další, některé z nich zmiňuje též Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2013 až 2016. Jedná se např. o Case management, službu, která se snaží se o podporu komplexní a individuální práce s klienty na všech úrovních, prostřednictvím blízkého a intenzivního vztahu case managera s klientem (Stuchlík, 2001). Tato služba by mohla být vhodnou alternativou např. pro klienty s duálními diagnózami, pro klienty náročnější, dlouhodobé uživatele i ty, kteří potřebují dlouhodobou péči více služeb současně a jejich vzájemnou koordinaci, nebo pro osoby vstupující do kontaktu se službami.

Specializovanou drogovou službou, o jejímž vzniku se v našich podmínkách dlouhodobě mluví, jsou aplikační místnosti. Na přelomu let 2013 a 2014 proběhla bouřlivá diskuze a odpor ze strany pražských městských částí, na jejímž základě bylo plánované zřízení aplikačních místností v Praze vyňato z Koncepce protidrogové politiky Hl. m. Prahy na období 2013–2020 (Janyšková, 2015). Dle EMCDDA (2015) se jedná o odborně vedená zdravotnická zařízení, která umožňují uživatelům aplikaci drogy v bezpečném a hygienickém prostředí pod dohledem zdravotníka a v důsledku pak zlepšení zdravotního stavu uživatelů drog, snížení morbidit a mortality uživatelů drog (zejména z předávkování) i úbytek intravenózních aplikací na veřejnosti. Od roku 1986, kdy byla otevřena první aplikační místnost v Bernu, ve Švýcarsku vzniklo dalších, více než devadesát v Evropě (ve Švýcarsku, Nizozemí, Německu, Španělsku, Lucembursku, Norsku) Kanadě a Austrálii.

Pracovní programy pro aktivní uživatele drog jsou variantou služeb, která funguje v několika větších evropských městech (Víděň, Frankfurt, Amsterdam). Podporované zaměstnávání může zahrnovat např. praní prádla, potisk triček, opravy kol, úklidové práce ve městě, úpravu zeleně, práci v lese. V Nizozemí fungují též pracovní tréninkové programy, které dávají klientům možnost určité rekvalifikace (Počarovský, 2010).

Dalšími alternativními možnostmi pro PUD jsou např. koncept „housing first“, který zdůrazňuje bydlení jako základní lidské právo, které by nemělo být podmínováno závazkem k abstinenci, nebo vznik uživatelských organizací. Absenci sociálního bydlení a pracovních programů hodnotí negativně Koncepce protidrogové politiky hl. m. Prahy pro období 2013-2020.

2.5. Metoda Rapid Assessment and Response

2.5.1. Použití metody RAR

Metoda Rapid Assessment and Response (RAR) neboli metoda rychlého posuzování „dnes tvoří jednu z nejvýznamnějších kolekcí pro výzkum ve skryté populaci injekčních uživatelů drog.“ (Miovský, n.d.). V celistvé formě se objevuje od 70. let, kdy vznikla v návaznosti na kritiku malé specifičnosti a velkého zpoždění intervencí, které reagovaly na výsledky tradičních, rozsáhlých a nákladných epidemiologických studií (Pearson a Kessler, 1992). Rovněž vznikla potřeba získat data týkající se konkrétních vzorců užívání, specifik a odlišností jednotlivých lokálních drogových scén, o kulturních a sociálních faktorech i doplnit a prohloubit informace získané kvantitativními statistickými šetřeními (Kalina, 2008).

Světová zdravotnická organizace WHO, která vytvořila příručku k užití metodiky RAR pro výzkum problémového, injekčního užívání drog (Rhodes et al., 1998), za hlavní cíle metodologie považuje posouzení povahy a rozšíření tohoto užívání, zhodnocení rozsahu nepříznivých zdravotních důsledků s důrazem na infekční nemoci a předávkování a posouzení rizikového chování v souvislosti s užíváním. Dále jsou předmětem hledání kroky, které by vedly ke zmírnění a redukci negativních důsledků tohoto způsobu aplikace drog a intervence, které by ovlivnily posun uživatelů k méně destruktivnímu způsobu aplikace.

Definice WHO (Rhodes et al. 1998) tvrdí, že metodologie Rapid Assessment and Response (RAR) je prostředkem pro vylíčení povahy a rozsahu sociálních nebo zdravotních problémů a snaží se hledat možnosti, jak situaci zlepšovat.

Jedním ze základních principů RAR je, že data jsou sbírána z několika různých zdrojů a odlišnými metodami, které jsou spolu kombinovány. To umožňuje relativně kontinuálně posuzovat reliabilitu, spolehlivost a charakter informací. Současně se jednotlivé části RAR i získaná zjištění vzájemně doplňují, probíhají interakce a umožňují výzkumníkovi relativně pružně reagovat. Jednotlivé části metodologie mohou být použity rovněž samostatně pro aktuální lokální účely, doporučuje se ale jejich vzájemná kombinace právě z výše uvedených důvodů. Významnou roli má RAR jakožto nástroj praktický, při výběru a plánování žádoucích zásahů, posuzování jejich vývoje a implementaci. Metodologie by měla být součástí hledání a vývoje nezbytných, vhodných, odpovídajících, realizovatelných a finančně efektivních intervencí na komunitní i celostátní úrovni (WHO, 1998). Uplatnění RAR nachází v širokém spektru výzkumných aktivit, hlavně v lokálních studiích určitého konkrétního problému, kde je žádoucí rychlá reakce, při mapování lokalit a orientaci, nebo porovnávání jednotlivých oblastí mezi sebou, též při kombinaci s metodami kvantitativními, které doplňuje, ilustruje, nebo pro ně vytváří podněty (Kalina, 2008).

Mezi hlavní přednosti této metodologie patří hlavně:

- Rychlost – v momentech, kdy dochází ke vzniku jakýchkoliv sociálních či zdravotních problémů, je čas jednou z velice důležitých proměnných. V případě užívání drog se vzorce a trendy mění mnohdy dynamicky, prostřednictvím Rapid Assessment lze jevům v krátkém časovém úseku porozumět a získat možnost pro včasnou, flexibilní reakci a další intervence.

- Nákladová efektivita – RAR užívá výzkumné techniky, kterými je možné získat relativně velké množství informací z cenově dostupných zdrojů, navíc jsou získaná data použitelná pro vytváření intervencí, tedy i efektivní.
- Využití existujících dat – postup se snaží být efektivní a využít dostupné stávající informace, nový sběr dat probíhá jen/až v případech, kdy jsou stávající údaje neadekvátní a nedostačující
- Kombinace rozdílných metody a zdrojů dat - jedna metoda, nebo zdroj ve většině případů nejsou schopny obsáhnout všechny aspekty složitějších sociálních problémů, zvláště ne ty, které jsou citlivé povahy a mají tendenci být skryté. Současně triangulace zvyšuje validitu výzkumu a umožňuje křížovou kontrolu získaných informací, které jsou takto konstantně ověřovány,
- Indukce – výzkumníci postupují od jednotlivého k obecnému, úsudky a závěry jsou odvozovány od pozorování a velkého rozsahu informací, jednotlivé údaje jsou potvrzovány, popírány, nebo modifikovány
- Flexibilita – metodologie může být přizpůsobována potřebám konkrétního výzkumu, lokality a výzkumnému týmu (WHO, 2002)

2.5.2. Zdroje data a jejich analýza

Rapid Assessment je soubor, který kromě možnosti vzájemného porovnávání jednotlivých metod umožňuje také výběr vhodných technik pro konkrétní situace, jelikož rozdílné postupy jsou pochopitelně vhodné pro sběr jiného druhu informací a pro odlišné fáze výzkumu. Metodami jsou: analýza existujících informací a zdrojů a rovněž sběr nových dat zejména pomocí kvalitativních technik jako jsou rozhovory, fokusní skupiny, pozorování a různé techniky odhadů.

2.5.2.1. Existující informace

Existující informace umožňují výzkumníkovi užití poznatků, pro jejichž sběr by neměl prostředky, zdroje či kapacitu. Jedná se o data tzv. rutinně sebraná – mohou zahrnovat informace od jiných badatelů, vlády, sociálních služeb a mnoha organizací, nebo data tzv. dokumentární – tyto je možno získat např. od komunitní organizace, náboženské skupiny, nebo médií. Zjištění již existujících informací by mělo být prvním krokem při každé tvorbě RAR výzkumu, tato data pomohou k orientaci v situaci, k pochopení vývoje, kontextu a volbě dalších adekvátních metod pro následující výzkum. Informace musí být většinou aktivně získávány, hlavně prostřednictvím rozhovorů (např. ve výzkumném týmu, nebo s klíčovými informátory), přezkoumávání stávajících, dostupných poznatků, kontaktování osob či institucí, které by mohly mít relevantní a potřebné údaje. Jedná se o kontinuální proces, jelikož i v pokročilejších fázích výzkumu se objevují stále nové údaje (Rhodes et al., 1998).

2.5.2.2. Výběr respondentů a přístup k nim (Sampling and Access)

Sampling, neboli výběr respondentů je krokem RAR, kdy dochází k vyhledávání a identifikaci možných zdrojů nových informací. Užívá se v případě, že zkoumaná populace je natolik velká, že není vzhledem k možnostem časovým, personálním, finančním apod. realistické, aby výzkumník kontaktoval všechny subjekty, musí se tedy rozhodnout pro určitý způsob selekce a výběru vzorku. Na základě zkoumání vybraného vzorku jsou závěry induktivně zevšeobecňovány. Metoda výběru vzorku velkou měrou ovlivní jeho reprezentativnost. Může se jednat o metody

nenáhodné, záměrné a tudíž i nereprezentativní – nelze je zobecňovat na celou populaci, jsou jimi např. kvótní výběr, metoda sněhové koule, výběr příležitostný. Dále existuje výběr náhodný (pravděpodobnostní) systematický a prostý, kdy má každý prvek, osoba ve zkoumané populaci stejnou velkou pravděpodobnost být vybrána, k tomuto účelu je potřeba znát „sampling frame“ – výběrový rámec – seznam všech členů dané populace, který je použit pro vytváření souboru vzorků). Samozřejmě je velice nepravděpodobné, že v soupisu budou obsaženi naprosto všichni, výběrové rámce mohou být neúplné, nebo v určitých situacích jednoduše neexistovat vůbec, což je v případě zkoumání jevu, jakým je užívání drog logické. Z tohoto důvodu je zde užití těchto náhodných metod výběru v podstatě vyloučeno. V RAR proto není často možno zaručit reprezentativnost, ale statistické měření a závěry jsou nahrazeny jinými metodami, které zvyšují validitu a reliabilitu, např. triangulací, která se snaží využít co největší počet různých nástrojů, metod ke zjišťování i ověřování informací a v ideálním případě vede k ucelenému porozumění jevu (Ferjenčík, 2000).

V případě Rapid Assessment může být využit výběr účelový, příležitostný, kvótní, řetězový (referenční) výběr, též označován jako metoda sněhová koule, který je užíván hlavně v případech, kdy výzkumník nemá přístup k výběrovému rámci. Je-li pro výzkumníka problém kontaktovat osoby z požadované skupiny, lze použít klíčové informátory, kterými jsou lidé z podobného či stejného prostředí, jako ti, které potřebujeme pro účely výzkumu a jsou schopni i ochotni popsat, zhodnotit, shrnout důležité prvky tématu, které je předmětem našeho zájmu (Trotter, 1991). Klíčovým informátorem může být kdokoli, kdo nějakým způsobem přichází do kontaktu s cílovou skupinou a mají o ní informace, např. osoby pracující v adiktologických službách, které přicházejí s klienty do kontaktu, policisté, pracovníci nočních podniků, barů a heren, osoby žijící v dané lokalitě – kohokoliv, kdo přichází do styku s danou zkoumanou populací a má o ní znalosti či zjištění. Další skupinou klíčových informátorů, která poskytuje informace velice důležité, relevantní, interní, tvoří vlastní uživatelé drog, kteří znají fakta, která jsou ostatním nejspíše utajena, jelikož se tohoto způsobu života přímo neúčastní, pozorují ho pouze externě. (Zábranský, 2004)

RAR IUD guide (Rhode set al.,1998) dělí klíčové informátory na:

- „Gate-keepers“ – tito jedinci kontrolují přístup k informacím, osobám, skupinám či místům, ale nemívají vlastní zájem či roli. Příkladem mohou být úředníci, kteří nám mohou zajistit dostupnostrůžných údajů. Obvykle není obtížné je identifikovat a kontaktovat a mohou nám též zajistit přístup k dalším osobám, ovšem je třeba je přesvědčit o naší důvěryhodnosti a nějakým způsobem motivovat ke spolupráci, což vyžaduje jisté úsilí.
- „Sponzoři“ – mají nepřímý zájem, nebo roli v kontextu a mohou výzkumníkovi umožnit přístup. Obvykle nebudou dále zahrnuti do výzkumného procesu, např. bývalí uživatelé drog, nebo aktivní uživatelé drog, kteří znají dealery ve městě. Je možné, že se informátor zaručí za důvěryhodnost a záměr badatele, což může být v určitých případech užitečné, ovšem v situacích, kdy v komunitě existuje konflikt, nemusí spjatí s informátorem (např. jedná-li se o zástupce policie) působit dobře a hodnověrně na ostatní respondenty.
- „Průvodci“ – tyto osoby jsou již přímo napojeni na skupinu či jiný zdroj dat a mají zde aktivní úlohu. Příkladem jsou aktivní uživatelé drog.

Přístup k informacím či informátorům WHO rozděluje jako:

- Otevřený – informace jsou přístupné, dostupné všem, v podstatě neexistují žádné bariéry, které by bránily k jejich využití. Jedná se na příklad o veřejná místa, informace z médií, oficiální, publikované dokumenty.
- Podmíněný – přístup působí otevřeně a dostupně, později je ale možno narazit na určité bariéry, může jít např. o etnicitu, sociální status itřeba oblečení výzkumníka. Příkladem může být výzkum kdekoliv, kde je k tomu potřeba povolení.
- Uzavřený – jedná se o data důvěrná, nepřístupná, jejich existence nemusí být pro nezúčastněné vůbec patrná, existují striktní bariéry zabraňující kontaktu, nebo je potřeba zvláštních znalostí či známostí. Příkladem skupin, které mohou být takto těžce dosažitelné, jsou injekční uživatelé drog, vysoce postavení vládní úředníci, dealeri drog apod.

Rozhovory

Rozhovor je dle Ferjenčíka (2000) „zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat“ kdy výzkumník aktivně vstupuje do situace a dostává se mu informací, které jsou ovlivněny jeho specifickými záměry a např. i povahou jazyka a formou rozhovoru.

Rozhovory můžeme dělit na nestrukturované - je známo v podstatě jen téma, vyžadují dobrou úroveň komunikace a znalosti tazatele či častěji polostrukturované, kde je již vyšší aktivita výzkumníka, který má připravené otázky, ty bývají většinou otevřené a jsou užívány k prozkoumání daného fenoménu a k získání více informací, které mohou pomoci k vřledu do problematiky. Interview strukturované užívají většinou otázky uzavřené, které umožňují konkrétní odpověď, jsou cílené, uplatňují se hlavně pro ověřování informací a předpokladů získaných v dřívějších částech výzkumu (Braam et al., 2002). Pro rozhovory, je vhodné mít připravená adekvátní témata, navržené, promyšlené a dobře formulované otázky (vyhnout bychom se měli otázkám návodným, příliš dlouhým, nejasným apod.). Důležité je též pořadí otázek – měly by být logicky seřazeny, navazovat na sebe, senzitivnější otázky jsou vhodné v pozdější fázi interview, kdy je již vytvořen dostatečný vztah. Otázkami zjišťujeme fakta, názory, reprezentativnost, můžeme se snažit o ujasnění již známého (Rhodes, 1998).

Fokusní skupiny

Fokusní neboli ohniskové skupiny jsou technikou, kdy je vedena současně diskuze nad určitým tématem s více respondenty, kteří mají obdobnou zkušenost, jsou jistým způsobem homogenní skupinou osob. Výhodou tohoto druhu rozhovoru, je získání velkého množství informací v relativně krátkém čase a možnost zaznamenávat reakce ostatních respondentů a náladu či dynamiku, kterou jednotlivé příspěvky vyvolávají. Nevýhodou užití této metody může být jistá povrchnost dat, jelikož každý z respondentů bude mít kratší čas pro vyjádření svého názoru než např. při individuálním rozhovoru, rovněž je potřeba uvažovat o povaze tématu, jedná-li se o záležitosti osobní či příliš kontroverzní, je užití fokusních skupin ke zvážení. Obecně se uplatňují hlavně při evaulaci, komunitním plánování, analýzách potřeb, jako explorativní nástroj ke zjišťování základních informací o problému (Toušek, 2012).

Pozorování

Pozorování můžeme považovat za nejběžnější a nejpřirozenější metodu sběru dat, v podstatě jde o jednoduché rozhlížení se kolem sebe, naslouchání, zaznamenávání získaných informací. Na rozdíl od ostatních metod nespolehá na data získaná prostřednictvím ostatních zdrojů, ale výzkumník zde má aktivní úlohu, je přítomný, stává se součástí situace. Tato technika často doplňuje ostatní, generuje nápady a teorie pro další výzkum, či doplňuje, vyvrací či podporuje a validuje již existující zjištění. V rámci Rapid Assessment má pozorování velký význam v rámci mapování situace a lokality v počátečních fázích výzkumu.

Odhady

Odhady prevalence problémového užívání drog a souvisejících problémů jsou pro plánování adiktologických služeb a intervencí, jsou tedy rovněž součástí Rapid Assessment, neměla by ovšem být prezentována samostatně, ale doplňovat ostatní zjištění.

Limity metodologie RAR jsou dány jejím charakterem, v jistých případech mohou být pozitiva RAR též jejími nedostatky, jedná se např. o malou velikost užitých vzorků, jednoduché výzkumné otázky, potencionální dezinformace, pramenící z osoby výzkumníka, který je badatelem a pozorovatelem, ale zároveň plánuje možné intervence a musí tak zákonitě dělat kompromisy mezi rychlostí a analytickou hloubkou. RAR tedy je mnohdy na tenké hranici vzhledem k nárokům na účelnost, pragmatičnost, poučnost, rychlost a praktičnost. (Lambert, 1988). Omezením Rapid Assessment studií je též jejich nízký vědecký profil, který je důsledkem toho, že přístup upřednostňuje vytváření základní informací pro lokální praktické využití, spíše než pro publikaci (Fitch et al., 2002).

3. Praktická část

3.1. Úvod

Cílem výzkumu bylo zmonitorovat výskyt problémového užívání drog v pražské městské části, kde nepůsobí žádná z nízkoprahových služeb. Pro tento účel byla vybrána čtvrť Michle, část Prahy 4, jakožto jedna z lokalit s osobitým charakterem ve velké a lidnaté městské části, kde působí vzhledem k počtu osob zde žijících, překvapivě malé množství adiktologických služeb. Mou snahou bylo zjistit, zda se problémové užívání drog v lokalitě vykytuje, případně jaká je jeho míra, vzorce, možná specifika, vliv na bezprostředně blízké okolí, jak ho vnímají zástupci institucí, místní obyvatelé, pracovníci a podnikatelé v lokalitě i uživatelé drog. Pokusila jsem se zaměřit též na případnou potřebnost nízkoprahového programu. Jako metoda sběru a analýzy dat byla použita metodika Rapid Assessment and Response – analýza dostupných materiálů (jednalo se o výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v Praze, koncepcie, strategie a akční plány drogové politiky Prahy apod.) a polostrukturované rozhovory s informanty.

3.2. Východiska

3.2.1. Hlavní město Praha

Praha je hlavní město České republiky, a jakožto evropská metropole tvoří socioekonomické, politické, kulturní a vzdělanostní centrum státu. Všechny tyto aspekty se odrážejí ve specifickém charakteru a postavení Prahy mezi ostatními regiony. Rozvoj města můžeme sledovat od 9. století, kdy byl založen Pražský hrad a poté další podhradní osídlení, které byly přičleňovány až do roku 1974. Od tohoto roku nedošlo v Praze k žádným územním změnám (ČSÚ, 2014).

Praha je spravována orgány hlavního města - Zastupitelstvem hl. m. Prahy, v čele s primátorem, Radou a Magistrátem hl. m. Prahy. Pro účely státní správy je Praha rozdělena na 22 správních obvodů a 57 autonomních městských částí s vlastními volenými orgány. Tyto městské části nejsou ovšem zcela homogenní. Existují části s charakterem městského centra, nebo v opačném případě městské části příměstského charakteru. Rozdíly jsou ve stupni urbanizace, hustotě zalidnění i sociálně ekonomických podmínkách života obyvatel. Významné rozdíly lze zaznamenat i v počtu obyvatel. Zatímco tři městské části počtem obyvatel překračují 100 tisíc (Praha 4, Praha 10 a Praha 8), deset nedosahuje ani dvou tisíc obyvatel a z toho dvě městské části mají méně než 500 obyvatel (Praha-Nedvězí se tři sta devíti obyvateli a Praha-Královice) (ČSÚ, 2015).

S počtem 1 262 tis. obyvatel (612 tis. mužů a 650 tis. žen) v r. 2015 je Praha nejlidnatější město České republiky, hustota obyvatelstva (2538 osoby/km²) je v evropském kontextu relativně nízká. V populaci dochází ke stálému, mírnému zvyšování průměrného věku obyvatel, který je v Praze nejvyšší ze všech krajů ČR. V roce 2013 byl v hl. m. Praze průměrný věk 42,0 let, v ČR byl 41,5 let. Na věkovou strukturu populace má vliv především migrace (vystěhování mladých rodin s dětmi z metropole především do Středočeského kraje a přistěhování lidí v produktivním věku, zejména z pracovních důvodů). Oproti zbytku republiky je vysoký též migrační obrát, který je způsoben mobilitou cizích státních příslušníků stěhujících se za prací. V roce 2013 dosáhla v Praze

naděje dožití při narození u žen 81,7 let a u mužů 76,8 let, tyto vysoké hodnoty jsou způsobeny pravděpodobně lepší dostupností lékařské péče, příznivějším tendencím ve způsobu života, a to i přes zhoršené podmínky životního prostředí. V roce 2013 poklesl po letech populační přírůstek města. Nejčastějšími příčinami úmrtí jsou stejně jako v ČR nemoci oběhové soustavy a novotvary (ČSÚ, 2013). V mezinárodním srovnání střeoevropským metropolí Praha vede v hodnocení ukazatelů ekonomiky, cestovního ruchu a dopravy. Průměrné postavení Praha má též v oblastech hospodaření, školství, zdravotnictví a technické infrastruktury, znečištění ovzduší nebo kultury. Podprůměrné postavení má Praha v nízké volební účasti v komunálních volbách do Evropského parlamentu (Útvar rozvoje hl.m. Prahy, 2012).

V publikaci, která srovnává užívání drog a jeho dopady v jednotlivých krajích České republiky v roce 2002 (Lejčková et al., 2004), je poukazováno na souvislosti mezi výskytem nepříznivých demografických a socioekonomických podmínek a výskytem rizikových forem chování, včetně problémového užívání drog. Z výsledků analýzy vybraných demografických a socioekonomických ukazatelů a dat o rozsahu a dopadech užívání drog, a jejich srovnání podle krajů vyplývá, že z hlediska demografických a socioekonomických podmínek lze kraje České republiky rozdělit na několik skupin, přičemž hlavní město Praha tvořilo samostatnou skupinu charakterizovanou nepříznivou situací v oblasti užívání drog a drogové kriminality, ale naopak příznivými socioekonomickými ukazateli, kterými se zásadně odlišovala od dalšího regionu s vysokou prevalencí problémového užívání drog, Ústeckého.

Zíb Palasová (2015) se ve své diplomové práci rovněž zabývala geografickou distribucí sociálně negativních jevů v kontextu dalších sociodemografických a ekonomických faktorů na úrovni 77 okresů. Celkem bylo použito 28 ukazatelů, mezi nimi byly také počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních pro dg. F10-F19 a počet heren a kasin na 1000 obyvatel v roce 2011. Faktorovou analýzou bylo vytvořeno celkem 7 faktorů a následně shlukovou analýzou bylo vytvořeno celkem 5 skupin okresů. Okresy s nejméně příznivými sociálně negativními ukazateli zahrnujícími také hospitalizace z důvodu užívání návykových látek a hustotu heren a kasin byly Most, Teplice, Ústí nad Labem, Jeseník, Karviná, Ostrava-město a Česká Lípa. Praha a okres Brno-město jako metropolitní typ sídel s vysokým přírůstkem obyvatelstva vytvořily samostatnou skupinu s vysokou hustotou zalidnění, nadprůměrně vysokým podílem vysokoškolsky vzdělaného obyvatelstva a dobrou lékařskou dostupností (Zíb Palasová, 2015).

3.2.2. Protidrogová politika v Praze

Drogová (protidrogová) politika je jakožto souhrn zásad, cílů a opatření navržených a prováděných k řešení problému drog, zejména nezákonných, na úrovni místní, státní nebo mezinárodní (Kalina, 2011) opatřena na evropské úrovni Protidrogovou strategií Evropské unie na období 2013–2020 a souvisejícími akčními plány její realizace. V České republice poté existuje obdoba na úrovni státu - Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a tři akční plány její realizace, z té vychází krajské protidrogové strategie a naplňují její cíle na krajské úrovni.

Hlavní město Praha zřizuje funkci krajského protidrogového koordinátora, krajského školského koordinátora, protidrogovou komisi jakožto poradní orgán Rady hlavního města, pracovní skupiny (sekce primární prevence, sekce léčby a následné péče, sekce Harm reduction) protidrogové komise a Pražské centrum primární prevence. Na městských částech Praha 1-22 působí protidrogoví koordinátoři. Protidrogová politika Prahy je v současné době definována

jednak Konceptí protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2020, tak Strategií protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2020. Tyto dokumenty doplňuje Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2016, který má za cíl implementaci, a konkretizaci jednotlivých opatření, postupů a aktivit, rozpracovává jednotlivé kroky na kratší období platnosti strategie.

Z rozpočtu hlavního města je v posledních letech na protidrogovou politiku vyčleněno 45 mil. Kč ročně. Jedná se o finance pro všechny typy služeb, ale i na protidrogovou politiku na místní úrovni - pro městské části a na další aktivity – vzdělávací akce, informační kampaně apod. V případě nedostatku prostředků pak může docházet k omezování služeb (ve výkonu, čase apod.). Podle Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2020 poté „Jsou důsledkem také otevřené drogové scény v několika exponovaných částech HMP proto, že nejsou kapacity a personální zdroje, které by byly v souladu s dobrou praxí“. Strategie též označuje dotační systém za „velmi nestabilním způsob financování, který zatěžuje jak poskytovatele finančních prostředků, tak poskytovatele služeb, kteří každý rok bojují o přežití. Významným posunem ke zlepšení je přidělování čtyřletých grantů.“

Hlavním cílem protidrogové politiky na období 2013-2020 je „snížit užívání všech typů návykových látek a snížit potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání vzniknout“ za dílčí cíle si Praha stanovuje: snížení, nebo alespoň stabilizace počtu PUD, oddálit experimentování a příležitostné užívání drog, klást důraz na zdravý způsob života bez psychoaktivních látek, udržení a rozvoj sítě služeb, zajištění chybějících služeb, nebo modifikace stávajících, zvyšování úrovně služeb a jejich společenskou prestiž, zvyšování odborné úrovně pracovníků služeb, školních metodiků prevence, protidrogových koordinátorů, zlepšování kvality života uživatelů návykových látek apod.

Prostředkem k naplňování těchto záměrů je síť adiktologických služeb, která ovšem vždy kapacitně nestačí zajišťovat všechny potřebné výkony, přetrvává zde nesoulad mezi zájmy prosazovanými poskytovateli služeb a zájmy samosprávy a bezpečnostních složek. Dochází též propadům ve financování služeb z hlediska časového (organizace dostávají mnohdy prostředky s velkým zpožděním), tak v objemu poskytovaných finančních prostředků.

Jednotlivé pražské městské části se výrazně liší i v závažnosti a množství problémů spojených s výskytem uživatelů návykových látek. Nejhorší situace je dlouhodobě na Praze 1, 2 a 5. Vzhledem k taktice vytlačování uživatelů drog se zhoršují poměry také na MČ Praha 3, 7 a 8. Stížnosti obyvatel města se týkají převážně nitrožilní aplikace návykových látek na veřejnosti a znečišťování míst použitým injekčním materiálem, který se snaží zabezpečovat městská policie i pracovníci terénních programů. Současně ovšem byly občany, komunitními politiky i policií odmítnuty návrhy na zlepšení situace v podobě rozšíření sítě kontaktních center a substituční léčby i zřízení kontaktního centra s aplikační místností. Stav je dlouhodobě takový, že v centrální části města funguje otevřená drogová scéna, zatímco na velkých sídlištních aglomeracích a okrajovějších částech města jsou uzavřené drogové scény, drogové byty a příbytky, ilegální pěstírny konopí a varny pervitinu. V preferenci drog je na prvním místě má s jednoznačnou převahou v užívání všemi klienty i poskytovateli o léčbu pervitin (v ČR je oproti Praze o více než 9 % vyšší podíl uživatelů této drogy). Další pořadí je rovněž shodné v Praze i ČR - následuje marihuana, dále heroin u všech léčených klientů i mezi poskytovateli o léčbu. Relativně časté je též užívání Subutexu®, nikoliv v rámci substituční léčby, ale jako nelegální droga (Hlavní město Praha, 2014).

3.2.3. Praha 4 a drogová problematika v Praze 4

Městská část Praha 4 je správní celek hlavního města České republiky tvořený v podstatě tradičním územím katastrálních obcí Nusle, Michle, Podolí, Braník, Hodkovičky, Krč a částí obce Lhotka, dále částí Záběhlic a malé části Vinohrad. Oblast této městské části leží na pravém břehu Vltavy jižně od pražského centra a tvoří výseč mezi tokem Vltavy na západě a struhou Botiče na severovýchodě. Všechny katastrální obce, které byly začleněny do správního celku městské části Praha 4, se do roku 1922 nacházely mimo hranice Prahy a tvořily zemědělské zázemí metropole.

Katastrální výměra je 24,22 km², patří tak k jedné z největších městských částí a je nejlidnatější městskou částí s počtem obyvatel 128 tisíc.

Rada městské části Praha 4 vyjádřila svůj důrazný nesouhlas s návrhem Protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2013 až 2020. „Považuje za špatné navrhované metody i skutečnost, že dokument, který má stanovit strategii boje oproti drogám v hlavním městě na dalších sedm let, nebyl projednán se zástupci městských částí. Magistrát si nevyžádal dokonce ani stanovisko Policie České republiky a Městské policie hlavního města Prahy.“ „Protidrogová politika hlavního města Prahy se nezaměřuje na tolik důležitou primární prevenci, nesnaží se odradit prvouživatele od užívání drog, řeší spíše servis pro uživatele drog, a to nelze akceptovat,“ uvedla na webu Prahy 4 její radní. Městská část rovněž rezolutně nesouhlasí s možností vzniku aplikačních místností.

Jediným adiktologickým zařízením v této městské části je Remedis s.r.o. - registrované zdravotnické zařízení poskytující komplexní odborné služby včetně substitučního programu a léčby somatických komplikací problémových uživatelů drog včetně virových hepatitid.

Umísťování substitučních center do hustě obydlených lokalit, do blízkosti škol, školských zařízení, parků a hřišť, je na Praze 4 dlouhodobě kritizováno. V souvislosti s fungováním poradenského a substitučního centra Remedis s.r.o. byla sepsána petice, která žádá přemístění toho centra i všech ostatních služeb pro adiktologické klienty ve městě minimálně 2km od dětských a školských zařízení. Současně se Praha 4 domáhá zpřísnění pravidel pro substituční léčbu obecně.

Michle je čtvrť a katastrální území v Praze, jihovýchodně od centra Prahy, s jádrem v údolí potoka Botiče, zahrnující i kačerovský vrch s okolím. Převažující část patří do městské části Praha 4, pouze východní svah Bohdalce a chudinská kolonie Na Slatinách pod Prahu 10. Na území o rozloze 5,51 km² tu žije přes 20 000 obyvatel (ČSÚ, 2015).

První nepřímá zmínka o Michli pochází z roku 1185. Roku 1922 byla ves Michle s 9318 obyvateli a 446 domy připojena k Praze, v níž pak tvořila součást obvodu Praha XIV (Nusle, Michle, Krč). Starobylá michelská ves se skládala ze dvou částí. První je Horní Michle s kostelem a farou na malém náměstíčku na náhorní planině. Druhou je Dolní Michle s mnoha velkými statky, mlýny, ale i židovskou synagogou v údolí podél Botiče. Během 2. poloviny 19. století začal v souvislosti s rozvojem pražských předměstí mizet zemědělský ráz vsi a začaly se objevovat první výrobní závody. Prudký rozvoj nastal za první republiky, kdy došlo též ke vzniku rozsáhlých nouzových, chudinských kolonií Slatiny (na pomezí Michle a Strašnic) a na Bohdalci, které si svůj specifický charakter zachovaly do dnes (Ryska, 2014).

3.3. Etické aspekty výzkumu

V rámci výzkumu byly dodržovány všechny etické principy při výzkumech s lidmi, jež přijala Americká psychologická asociace (APA) v roce 1982, s cílem neohrozit a nepoškodit účastníky výzkumu: respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu–dodržování obecných, základních zásad, právo na informace - všem respondentům byl sdělen účel sběru dat, název bakalářské práce, popřípadě zodpovězeny všechny jejich doplňující otázky, právo na soukromí a důvěrnost informací o účastnících - byla přislíbena ochrana osobních údajů (osobní informace jsem od velké části respondentů nezískávala, jelikož nebyly předmětem výzkumu a jejich znalost se nejevila jako opodstatněná) a užití dat výhradně pro účely této práce, právo odstoupit z výzkumu (Ferjenčík, 2000). Zástupcům institucí byl zasílán text k autorizaci.

3.4. Metodika

Při sběru a analýze dat jsem použila metody analýzy existujících informací a dále sběru a analýzy nových dat formou (1) e-mailové komunikace a (2) osobních rozhovorů s klíčovými informanty.

Z existujících zdrojů jsem analyzovala informace o existujících nízkoprahových programech a drogové situaci v oblasti Prahy-Michle. Použila jsem následující informační zdroje: Výroční zprávy organizací, které zajišťují nízkoprahové programy v Praze – Sananim z.ú., Progressive o.s, Drop-in o.p.s., Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice, Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v Praze, Koncepce a Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2013 až 2020 a Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2013 až 2016.

Klíčové informanty tvořilo několik skupin osob v různém vztahu k užívání návykových látek a dané městské části:

- Problémoví uživatelé drog
- Pracovníci pražských nízkoprahových služeb
- Klíčoví informanti (zástupci institucí)
- Klíčoví informanti z oblasti zábavy a služeb
- Obyvatelé lokality

Sběr dat probíhal během července 2015 v oblasti Prahy 4, Michle, prostřednictvím osobního setkání a polostrukturovaných rozhovorů s respondenty. Rozhovory nebyly nahrávány. Dále jsem již dříve oslovila formou e-mailu pracovníky pražských terénních programů, mluvčí pražské záchranné služby, člena posádky pražské záchranné služby. E-mailem jsem oslovila též ředitele místních základních škol a jejich zástupce, z nichž ale nikdo neodpověděl. Výběr respondentů tedy byl účelový, jednalo se o tzv. klíčové informanty s předpokládanou znalostí zjišťovaných informací.

3.4.1. Problémoví uživatelé drog

Provedla jsem strukturované rozhovory s problémovými uživateli drog žijícími, nebo vyskytujícími se v dané oblasti, kteří splňovali definici problémového užívání drog, byli ochotni poskytnout rozhovor a byli místně a časově dostupní. Výběr respondentů probíhal nenáhodně,

příležitostně či účelově a technikou sněhové koule, uživatele jsem oslovila v terénu, kontakt s některými z nich, mi pomohl zprostředkovat bývalý uživatel, který tak dle Rhodese (1998) byl ve funkci „sponzora“. Celkem jsem hovořila s devatenácti osobami – třemi ženami a šestnácti muži, větší genderovou vyváženost nebylo v mých silách zajistit. Polostrukturované rozhovory probíhaly na veřejném prostranství a v jedné z heren s výherními automaty. Struktura rozhovoru byla následující: otázky na primární užívanou drogu, způsob aplikace, bydliště (aktuální, nikoliv trvalé), současná bytová situace – tato otázka nebyla kompletně zodpovězena všemi respondenty z důvodů, které uvádím níže, odpovědi tedy nezařazuji do výsledků, věk dotazovaných, délka užívání, způsob získávání injekčního materiálu a jeho případné sdílení, následovaly otázky vztahující se k nízkoprahovým službám, jejich využívání a dostupnosti, poděkování. Všichni respondenti byli vstřícní a poskytli rozhovor bez nároku na odměnu, část z nich dostala tabák, rozhovor tím ale nepodmiňovali, někteří na sebe velice ochotně nabízeli kontakty pro případné pozdější doplňující otázky.

3.4.2. Pracovníci pražských nízkoprahových programů

Respondenty tvořili pracovníci terénních programů Progressive a Sananim, se kterými jsem komunikovala prostřednictvím e-mailu a telefonu. S jedním ze členů týmu kontaktního centra Drop-in jsem se setkala a téma konzultovala osobně.

3.4.3. Klíčoví informanti – zástupci institucí

Jednalo se o následující pracovníky: protidrogová koordinátorka hlavního města, která se se mnou velice ochotně setkala, poskytla mi materiály i odpověděla na doplňující dotazy prostřednictvím e-mailu, zástupce městské police, který mi rovněž umožnil osobní setkání a rozhovor, zástupce pražské rychlé záchranné služby, který mi zaslal e-mailovou odpověď na mé dotazy, lékaře v oblasti jsem navštívila v jejich ordinálních hodinách a s pracovníci sociálního odboru Prahy 4 proběhl hovor telefonní. Protidrogová koordinátorka Prahy 4 bohužel neodpověděla na mou výzvu k účasti ve studii.

3.4.4. Klíčoví informanti z oblasti zábavy a služeb

Jako klíčoví informanti této skupiny byli osloveni pracovníci a podnikatelé, kteří se setkávají s veřejností „z ulice“ nebo „na ulici“ a mají možnost pozorovat užívání drog, nebo známky užívání drog jako jsou barmani, hospodští, zaměstnanci heren a zastaváren, taxikáři. Oslovila jsem celkem osmnáct osob, všechny osobně v místech, kde pracují s otázkou, zda si myslí, že v lokalitě existuje problémové užívání drog a jakým způsobem se případně projevuje či se jich dotýká. Rozhovory byly výrazně rozdílně dlouhé i bohaté na informace, podle ochoty informantů o tématu diskutovat a dle množství poznatků, které k němu měli. Snažila jsem se navštívit místa ve všech částech čtvrti, aby byla získána data pokud možno reprezentativní pro celou městskou část.

3.4.5. Obyvatelé lokality

Respondenti z řad veřejnosti byli vybíráni rovněž nenáhodně, příležitostně. Celkem jsem oslovila přibližně čtyři desítky osob, dva lidé se k tématu odmítli vyjadřovat. Všechny rozhovory proběhly na veřejných prostranstvích, převážně se jednalo o parky, cyklostezky, dětská hřiště apod., kde byl předpoklad, že lidé nebudou vyloženě pospíchat, což by mohlo ovlivnit jejich

odpovědi i ochotu ke spolupráci. Kritériem pro výběr bylo bydliště v Michli či dobrá znalost lokality a ochota poskytnout krátký rozhovor. Snažila jsem se o výběr co rozmanitějšího spektra respondentů a dle možností i rovnoměrné zastoupení z hlediska věku a pohlaví.

3.5. Výsledky

3.5.1. Informace z existujících zdrojů

V Praze v současné době fungují tři kontaktní centra a tři terénní programy, které se snaží flexibilně reagovat na aktuální proměny na drogové scéně.

Kontaktní a poradenské centrum Stage 5 organizace Progressive o.p.s. na Praze 5 v Mahenově ulici poskytuje výměnu injekčního materiálu každý den v týdnu, v rozličných časových intervalech, kontaktní místnost je otevřena každý den odpoledne. V roce 2014 ve výroční zprávě (Progressive, 2015) reflektuje navýšení počtu odkazů do další léčby a počtu orientačních testů na infekční choroby. Celkem v tomto roce proběhlo 15,6 tis. kontaktů, bylo vydáno 333 tis. injekčních stříkaček, 335 tis. jich bylo předáno k likvidaci, kontaktů je vykázáno 15, 5 tis., dále v kontaktním centru probíhá zdravotní ošetření, individuální poradenství, krizové intervence, poradenství pro rodiče a osoby blízké.

Nízkoprahové středisko Drop In o.p.s. se nachází na Praze 1, na Boršově. V roce 2014 poskytlo služby (Drop In, 2015) cca 1,7 tis. uživatelům drog a stovce osob jim blízkým. Proběhlo celkem 15,6 tis. kontaktů, vydáno BYLO 198,7 tis. sterilních stříkaček, ke zlikvidování předáno 230,8 tis. kusů. Dále bylo poskytnuto 1,8 tis. zdravotních ošetření a 399 konzultací, je-li to aktuálně možné, poskytuje centrum i základní potravinový a hygienický servis. Pracovníci nabízejí rovněž zdravotní, sociální, právní a předléčebné poradenství.

Kontaktní centrum Sananim sídlí rovněž na Praze 5, Na Skalce. V pracovním týdnu je otevřené po celý den, o víkendech a státních svátcích v odpoledních hodinách. Podle výroční zprávy za rok 2013 (Sananim, 2014) je průměrný věk klientů kontaktního centra 32,8 let, i zde je patrný nárůst o téměř dva roky oproti roku předchozímu. Primární drogou klientů je převážně pervitin (45%) a buprenorfin 33,6%, který naprostá většina uživatelů nekonzumuje dle preskripce. V této souvislosti je ve výroční zprávě poukazováno na velký význam posílení psychosociální složky substitučních programů, nebo možnost zavedení injekčního substitučního preparátu. V péči kontaktního centra se v roce 2013 nacházelo 3tis. osob, proběhlo asi 36tis. kontaktů a byl vydán 1 milion 67tis. injekčních setů. Do léčby v roce 2013 prokazatelně nastoupilo 115 klientů.

Všechny terénní programy působí na několika městských částech a vzájemně se snaží informovat o situaci, doplňovat vzájemně své časové možnosti i služby a flexibilně reagovat na aktuální proměny na drogové scéně. Program No Biohazard se dle vyjádření terénní pracovníce zaměřuje především na oblast Prahy 5, kde sídlí i kontaktní centrum organizace Progressive. Konkrétněji jde hlavně o prostor kolem stanice metra Anděl, Bertramky, Husovy sady, Smíchovské nádraží. Pravidelně rovněž dochází na Prahu 7 (Holešovické nádraží a okolí, okolí klubu Cross), Prahu 8 (širší okolí stanice metra Palmovka), Prahu 2 (zejména I.P.Pavlova a Kalovo náměstí) a Prahu 1, kde působí všechny terénní programy. V tomto roce terénní pracovníci začali pravidelně navštěvovat i Prahu 4 - oblast Náměstí bratří Synků. Kromě oblastí kam se dochází pravidelně, probíhá příležitostně i monitoring oblastí odlehlejších, hůře dostupných např. i prostřednictvím

cykloterénů. Rovněž jsou realizovány i noční terénní služby, během kterých se snaha o kontakt s klienty, kteří běžně nízkoprahové služby nevyužívají a s klientkami pracujícími v sexbyznysu. Ve výroční zprávě za rok 2014 (Progressive, 2015) No Biohazard uvádí 12,9 tis. kontaktů, přes 2,3tis. klientů v kontaktu, 92,4 tis. vydaných injekčních stříkaček, 77,6 tis. injekčních stříkaček předaných k likvidaci a 31 zdravotních ošetření, 8 krizových intervencí, 527 odkazů do další péče. V roce 2014 došlo k navýšení počtu terénních služeb a nárůstu počtu kontaktů mimo centrální část města, v oblastech, kde bylo nutné klienty aktivněji vyhledávat.

Terénní program Sananim se primárně věnuje otevřené drogové scéně na Praze 1, hlavně oblasti Václavského náměstí, Hlavního nádraží a přilehlého okolí (Vrchlického sady, Washingtonova ulice). Ačkoliv je v těchto místech působení terénních pracovníků nejčastější a intenzivní (dochází sem všechny terénní programy), bylo by dle názoru vedoucího terénního programu Sananim, vhodný ještě větší rozsah terénní práce. Dále terénní pracovníci monitorují oblast Prahy 2, kde se věnují hlavně oblastem s nejvyšší koncentrací PUD - Karlovo náměstí, I.P.Pavlova, Palackého náměstí, Folimanka a území tato místa propojující a městskou část Prahu 13, hlavně stanice metra Nové Butovice, Hůrka, Luka, Lužiny, Stodůlky. Dle výroční zprávy za rok 2013 (Sananim, 2014) proběhlo v rámci terénního programu 34,6tis. kontaktů a v kontaktu je 2,6tis. klientů. Jejich průměrný věk je 32 let, což vzhledem k tomu, že před deseti lety byl průměrný věk stejné cílové skupiny o šest let nižší, potvrzuje stárnutí populace PUD. V roce 2013 bylo vydáno cca 496 tis. injekčních setů. Organizace rovněž provozuje sanitku, která v pondělí a ve čtvrtek parkuje ve Washingtonově ulici a klientům poskytuje kromě výměnného programu a poradenství i základní zdravotní ošetření a možnost testování na infekční nemoci.

Terénní program Drop-in působí každý všední den od dvou do čtyř hodin v centru Prahy, později odpoledne navštěvuje další jednotlivé městské části. Třikrát týdně probíhá noční výměnný program především v centrální části města, kde jsou terénní pracovníci k zastížení i o víkendech a svátcích. Program se věnuje také drogové scéně uzavřené, především drogovým bytům, kde probíhají kontakty s klienty po předchozí domluvě, dle časových a kapacitních možností. Za rok 2014 (Drop In, 2015) vykázal terénní program 19,5 tis. kontaktů, bylo vydáno 253,4 tis. injekčních stříkaček, 7,7 tis. kusů zdravotnického materiálu, 3,9 tis. kusů kondomů a 211 těhotenských testů. Základní zdravotní ošetření bylo poskytnuto padesát čtyřikrát, 900 uživatelů bylo odkázáno do návazných odborných zařízení (K-centra, léčebny, programy substituce apod.). Z toho 590 kontaktů s uživateli drog proběhlo na uzavřené drogové scéně, kde bylo vydáno 78 tis. injekčních stříkaček a 1 tis. kusů zdravotnického materiálu.

V minulých letech v Praze působil také terénní program Eset-Helpo.s., který byl ale datu 31. 12. 2014 zrušen. Pokrytí Prahy nízkoprahovými programy pro uživatele drog ukazuje následující mapa.

Mapa 1: Územní pokrytí Prahy nízkoprahovými programy a kontaktními centry



Pozn.: Trojúhelníky znázorňují polohu kontaktních center, kruhy místa působení terénních programů.

Je patrné, že na území Prahy 4 operuje terénní program No biohazard v prostoru Náměstí bratří Synků, na ostatním území Prahy 4 žádná další služba, která by poskytovala HR služby, nepůsobí, tudíž ani v Michli.

O drogové situaci konkrétně v Michli se v existujících zdrojích nenachází informace. V minulých letech zde došlo k obydlení několika zchátralých a neobývaných prostor. Jednalo se např. o prostor bývalé městské školky v ulici Znojemská, který policie již zabezpečila a nyní je hlídán soukromou agenturou. Bylo zaznamenáno několik požárů takovýchto objektů – např. v prosinci loňského roku se jednalo o požár menšího rozsahu v opuštěném domě v ulici U Michelského mlýna, který byl údajně obýván uživateli drog a policií České republiky několikrát prohledáván pro podezření z výroby a distribuce omamných a psychotropních látek (Bulíř, 2014). O rok dříve, též v zimním období vznikl v Michli požár opuštěného domu určeného k demolici, hasiči zde vyprostili tři osoby.

3.5.2. Rozhovory s problémovými uživateli drog

Soubor tvořilo celkem 19 osob, z toho 1 uživatel heroinu, 9 uživatelů buprenorfinu a 8 uživatelů pervitinu. Naprostá většina respondentů je nezaměstnaná (někteří pracují příležitostně, většinou sezónní brigády či drobné manuální práce). Jejich průměrný věk je 34let, průměrná doba užívání je 12 let. Všichni dotazovaní jsou české národnosti, 4 romského etnika. Všichni se v současné době vyskytují v Michli, okolí, nebo zde tráví velkou část svého času a jsou (ovšem s velice různou intenzitou, popřípadě zprostředkovaně) nějakým způsobem v kontaktu s nízkoprahovými službami, využívají terénních programů i kontaktních center, převážně výměny

injekčního materiálu. Všichni respondenti působí erudovaně o rizikovém chování v kontextu intravenózní aplikace, nikdo neuvedl sdílení injekčního materiálu, pouze opakované používání vlastních jehel v případě, že delší dobu není možnost výměny. V názorech na kapacitu a dostupnost služeb jsou PUD nejednotní, jedna skupina tvrdí, že HR služby vnímají jako naprosto dostačující po všech stránkách, maximálně by uvítali možnost dostat ještě více čistých injekčních setů najednou. Jiní mají pocit, že jsou pro ně služby někdy špatně dostupné v místě i čase, ocenili by, kdyby bylo kontaktní centrum také blíže jejich bydlišti „než až na Smíchově“, Byli by rádi za nové kontaktní centrum, nebo zintenzivnění či větší počet terénních programů „Když člověk na těch drogách a na ulici, tak to kolikrát, teda spíš často nejde úplně naplánovat.“

3.5.3. Informace od pracovníků pražských nízkoprahových programů

Pracovníci nízkoprahových služeb oblast monitorují a spolupracují s představiteli městské části. Z pohledu terénních programů je oblast adekvátně pokryta s přihlédnutím k možným finančním a kapacitním možnostem. Problémoví uživatelé drog se dle pracovníků v částech Prahy jako je tato, ve větší míře vyskytují a kumulují hlavně v místech velkých dopravních uzlů, především kolem stanic metra – na Praze 4 se jedná o stanice metra C Pražského povstání, Pankrác, Budějovická a Kačerov. V Michli nebyla potřeba služeb zaznamenána.

3.5.4. Informace od zástupců institucí

Dle informací poskytnutých formou volného rozhovoru se zástupcem Městské policie Obvodního ředitelství Praha 4 je situace problémového užívání drog v Michli i obecně na území MČ Prahy 4 stabilizovaná, jednoznačně nedochází k jejímu zhoršování. Ve vývoji jsou patrné jisté výkyvy, které reagují na určité faktory a korespondují s nimi - např. nelegální využívání opuštěných objektů, v konkrétním případě se před nedávnem jednalo o prostory bývalé mateřské školky v ulici Znojemská, v Michli, kde došlo k obydlení těchto nevyužívaných prostor a následným stížnostem obyvatel žijících v blízkém sousedství, tento konkrétní objekt byl vyklizen a měl by být opětovně využíván. Policie na základě vlastních zjištění i podnětů občanů tyto lokality monitoruje a snaží se, ve spolupráci s vlastníky a Úřadem MČ Praha 4, zajistit nápravu tohoto stavu. Následně však dochází k přesunům těchto osob do jiných, obdobných míst. Městská policie spolupracuje s Policií ČR a realizují společné hlídky v problémových lokalitách. Kriminalitu v souvislosti s PUD v oblasti hodnotí jako nenásilnou, jedná se hlavně o kriminalitu drobnou – krádeže v obchodech, krádeže kovů, narušování veřejného pořádku, vzbuzování veřejného pohoršení, vandalismus, znečišťování veřejného prostranství, přespávání na místech, která pro to nejsou určena, v neposlední řadě pak porušování vyhlášek města ohledně zákazů konzumace alkoholu v místech, kde je to výslovně zakázáno, především v parcích. Dle zjištění městské policie je velká část uživatelů je pravděpodobně z jiných měst a regionů České republiky, nedisponují prostředky na zábavu v nočních podnicích, hernách či barech a v nočních hodinách se po čtvrti většinou nepohybují, nejspíše se vyskytují v okrajovějších částech městské části, nebo Prahy.

Názor protidrogové koordinátorky hlavního města Prahy na problémové užívání v této oblasti se shoduje s úsudky městské policie. Situace není ničím výjimečná a odpovídá situaci velkoměsta a jeho širšímu centru. Rovněž protidrogová komise ve shodě s policejními složkami konstatovala, že poměry a stav v okolí adiktologické služby, kterou provozuje společnost Remedis s.r.o. - je registrovaným zdravotnickým zařízením poskytujícím komplexní odborné služby včetně

substitučního programu, který naplňuje standard substituční léčby a je důležitou součástí sítě zdravotnických služeb pro osoby s diagnózou závislosti v hlavním městě, jsou standardní a klienti služby nikterak neohrožují místní obyvatele.

Praktický lékař ani praktický lékař pro děti a dorost z oblasti Michle nemají mezi svými pacienty žádné PUD, ani si nemyslí, že by kdokoliv z jejich pacientů či rodinných příslušníků (v případě dětí a dorostu) měl s užíváním psychotropních látek problémy, nebo výraznější zkušenosti. Případy, které lékaři uváděli, byly jednotlivé, výjimečné a neaktuální.

Zástupkyně odboru sociálních věcí na městském úřadě Prahy 4 mi podaly informaci, že městská část nemá vypracované komunitní plánování, ani tuto aktivitu nechystá.

Podle slov vedoucí tiskového oddělení a tiskové mluvčí Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy nejsou k dispozici statistiky, které by se týkaly počtu výjezdů záchranné služby k intoxikacím v Michli, nebo na Praze 4 (celkem bylo v roce 2014 ošetřeno a předáno do nemocnic 110 tisíc pacientů, diagnóza intoxikace omamnými a psychotropními látkami byla stanovena u 411 osob v celé Praze).

Člen pražské záchranné služby mi sdělil, že každá z posádek na Praze 4 (vozů je na den ve službě 6-7) má denně průměrně jeden výjezd k uživatelům drog. V drtivé většině se jedná o výjezdy k psychózám, kdy kolemjdoucí zavolají policii a ta poté rychlou záchrannou službu. Méně časté jsou výjezdy do squatů či bytů, kdy někdo z obyvatel zavolá pomoc, epileptické záchvaty, opilost, bezvědomí. Užívání drog je při příjezdu posádky často popíráno, ale záchranář to hodnotí jako většinou velmi dobře patrné na první pohled, dále respondent zmiňuje častou zvýšenou agresivitu těchto pacientů. V Michli ani na Praze 4 se nevyskytuje žádné místo, kam by se záchranná služba výrazně opakovaně vracela, jako je tomu např. v centru města. Nejčastější výjezdy k intoxikacím jsou k předávkování pervitinem a následnému bezvědomí nebo psychózám. Předávkování heroinem záchranář, který jezdí s posádkou na Praze 4 již osm let, ještě nikdy nezažil. Intoxikace ostatními drogami bývají většinou v kombinaci s výše zmíněnými.

3.5.5. Informace od klíčových informantů z oblasti zábavy a služeb

Jako další skupinu klíčových informátorů jsem oslovila několik pracovníků zdejších podniků z oblasti zábavy, pouliční prodejce, trafikanty, zaměstnance zastaváren a taxikáře. Reakce respondentů se různily. V podstatě všichni pracovníci místních hospod a barů (včetně míst s non-stop provozem) zkušenosti s výskytem PUD ve svých podnicích negovali, vyjma jednoho, kde má obsluha zkušenost z nedávné doby, kdy si zákazník v nočních hodinách pokoušel o nitrožilní aplikaci v prostorách vinárny, tato situace ovšem byla ojedinělá. Na druhou stranu většina zaměstnanců heren hodnotí jako velice pravděpodobné, spíše evidentní, že velká část jejich klientů je pod vlivem psychoaktivních látek a pravděpodobně by splňovali definici PUD. Pouliční prodejci a trafikanti hovoří o výskytu PUD velice podobně jako podstatná část respondentů z řad občanů, kteří žijí v dané lokalitě, drogy se v oblasti užívají, ale uživatelé se v ulicích vykytují spíše sporadicky a otevřená drogová scéna zde není. Taxikáři a zaměstnanci zastaváren se projevíli jako nejvíce neochotná, nebo nedůvěřivá a podezřívavá skupina respondentů, odpovědí bylo, že k tomuto tématu nemají co říct.

3.5.6. Názory místních obyvatel

Názory občanů jsou na rozdíl od názorů policie a protidrogové komise a koordinátorky často poněkud v rozporu. Většina uvedla, že si myslí, že se problematika užívání drog se v oblasti vyskytuje, ovšem jeho povaha je skrytá, konkrétních individuálních zkušeností s problémovými uživateli drog bylo spíše minimum. Menší část dotázaných uvedla jako příklad uživatele drog, kteří tráví čas na lavičkách podél potoka Botiče a podle obyvatel znečišťují zdejší prostředí, ruší obyvatele okolních domů, pravděpodobně distribuují návykové látky a působí negativně na místní děti a mládež. Respondenti žádali o zvýšení hlídek městské policie v oblasti – v názoru na efektivitu tohoto kroku se opět rozcházejí, jedna část občanů má pocit, že se hlídky městské policie v místech vyskytují častěji a všech sociálně patologických jevů, včetně výskytu PUD ubylo, druhá část nemá dojem, že by se situace jakkoliv změnila. V případech kdy dochází k rušení nočního klidu, nebo narušování veřejného pořádku reagují přivoláním městské policie.

3.6. Diskuze a závěry

Provedené monitorovací šetření má jistě své limity, kterých jsem si vědoma. Naprostá většina rozhovorů probíhala ve venkovním prostranství a byly mnohdy poněkud narušovány vnějšími podněty (respondent-PUD začal pospíchat, jelikož se dostavila osoba, na kterou čekal, jela jeho tramvaj, uživatelé najednou vytvořili větší skupinu, začali se bavit mezi sebou, domlouvat se na něčem a udržet jejich pozornost a strukturu rozhovoru začalo být poměrně obtížné apod.). Překvapivě vysoké zastoupení uživatelů buprenorfinu ve vzorku je, dle mého názoru, dán lokalitou sběru dat v relativní blízkosti centra Remedis s.r.o., poskytovatele substituční léčby a léčby somatické komorbidity, v rámci rozhovorů byl uživateli několikrát zmíněn konkrétní lékař, který zde s PUD pracuje, což podpořilo moji tezi. Soubor respondentů je ovšem nepřiliš velký a tudíž nemusí být reprezentativní i pro ostatní PUD v lokalitě. Myslím si, že jistá část uživatelů, která hodnotila nízkoprahové služby jako bezchybné a naprosto dostačující, mohla být ovlivněna mou osobou a dojmem, že ke službám nějakým způsobem patřím, nebo časovou tísní či diskomfortním pocitem a následnou volbou nejkratší možné odpovědi, kterou už třeba žádným způsobem nerozvedli. Fakt, že nikdo neuvedl sdílení injekčního materiálu s jinou osobou za žádných podmínek ani situace, svědčí o informovanosti a uvědomělosti uživatelů; jinou možností je, že se rozhodli s touto informací se mi nesvěřit např. z důvodu obavy z mentorování.

Tvrzení klíčových informantů si ve většině případů odpovídají nebo se minimálně přímo nevyvrací. Jistá část respondentů ze souboru PUD je z jiných regionů a měst (Teplice, Plzeň), jak tvrdí zástupce městské policie, a v podnicích čas většinou netráví. Výjimkou jsou herny, kam určitá část uživatelů (pravděpodobně zejména uživatelé pervitinu) chodí často, čímž se herny odlišují od ostatních restauračních zařízení. Data od protidrogové koordinátorky HMP, zástupce policie, rychlé záchranné služby a lékařů se vzájemně potvrzují a doplňují, stejně jako informace od zaměstnanců barů, restaurací, trafikantů a pouličních prodejců i veřejnosti. Případné drobné odchylky v názorech na situaci (hlavně v případech místních občanů) jsou dány pravděpodobně jejich individuální senzitivitou k tématu problémového užívání (např. matky s malými dětmi se vyjadřovaly, že problém je relativně velký a vnímají ho značným způsobem, naopak mladí lidé neměli vůbec tento dojem), znalostmi o problematice, všímavostí vůči tomuto jevu a konkrétními zkušenostmi. Téma zabydlování opuštěných budov bylo zajímavé tím, že ani uživatelé drog ani respondenti z řad zástupců institucí se k němu vyjadřovali nepřiliš ochotně a téma se pro ně zdálo citlivé.

Otevřená drogová scéna se zde, dle výsledků monitorování, nevyskytuje. V případě že je výskyt problémového užívání drog zaznamenán, jde v podstatě o určité jednotlivé případy, které ve větší míře nenarušují fungování městské části a jejích obyvatel. Povaha problémového užívání drog v této lokalitě je dána charakterem čtvrti, která se nachází v širším centru města, je zde tedy dobrá dopravní dostupnost do centra Prahy, kam uživatelé jezdí jednak využívat služeb nízkoprahových programů a současně řešit své ostatní záležitosti. Zároveň ale je zde možnost jistého zázemí např. ve zmíněných opuštěných, neobývaných a nepřiliš hlídaných objektech, což centrum města v takovéto míře nemůže nabídnout i jiné možnosti, které jsou pro uživatele atraktivní (např. poměrně velké množství parků). V porovnání s centrem Prahy je drogová scéna určitě méně otevřená a méně anonymní, jistě zde více působí mechanismy sociální kontroly, specifikem je i již uvedený vysoký podíl uživatelů buprenorfinu. Dopady problémového užívání drog se ve čtvrti výrazným způsobem nemanifestují, v některých částech čtvrti se nachází zvýšené

množství odpadků (nikoliv použitý injekční materiál), ovšem potvrdit či vyvrátit slova místních obyvatel, že zdrojem nepořádku jsou PUD, nebylo v mých možnostech. Veřejnost pravděpodobně nejvíce pociťuje drobnou majetkovou kriminalitu, která ale není výraznější než v jiných částech města podobného typu a výtržnosti, které ovšem rovněž nejsou specifikum jen PUD. Dále pak uváděné obsazování opuštěných budov, kde v některých případech následně dochází k obtěžování okolních obyvatel hlukem, nepořádkem a je narušován jejich pocit bezpečí. Dostupnost nízkoprahových služeb v této části města není ideální a jejich fungování by zde jistě bylo vhodné. Na druhou stranu se jejich absence nejeví jako velmi akutní problém, který by vyžadoval okamžitou reakci. Terénní programy by zde pravděpodobně klienty, kteří by jejich činnost uvítali, získaly, ovšem je pravděpodobné, že by se v Praze našly z hlediska efektivity a počtu kontaktovaných klientů místa s větší prioritou, než je Michle. Východiskem pro zvýšení místní dostupnosti nízkoprahových služeb pro klienty z lokality by patrně byl vznik a fungování kontaktního centra (stacionárního nebo mobilního zařízení) též někde na východní straně Prahy, jelikož všechna stávající kontaktní centra jsou v části západní a v centru města. Takovéto zařízení by mohlo poskytovat služby poměrně velkému počtu klientů nejen z Michle, ale ze všech čtvrtí na pravém břehu Vltavy – např. Praha 4, Praha 10, Praha 9, Praha 11 apod., kde jsou intervence v současné době zajišťovány pouze terénními programy. Optimálně by zařízení mělo být nejspíše zřízeno v některé ze čtvrtí, která je problémovému užívání drog exponována více než Michle. S touto variantou řešení situace ovšem nesouhlasí jednotlivé pražské městské části, které údajně nemají vhodné prostory pro kontaktní centra, obávají se zvýšení kriminality, preferují investice do primární prevence apod., ale v zásadě se staví proti vzniku adiktologických služeb na svém území. Současně občané z jednotlivých čtvrtí často kladou nereálné požadavky např. na vzdálenost od školských zařízení i hřišť. Pro efektivní řešení problematiky by bylo tedy vhodné, aby všechny zúčastněné strany dobře zvážily všechny aspekty a došly ke konsenzu.

Zajímavé by jistě bylo provedení analogického výzkumu a následné porovnání situace v Michli s jinými částmi Prahy 4, případně s dalšími lokalitami města s podobným, nebo naopak odlišným charakterem. Tématem, které by si dle mého názoru též zasloužilo pozornost, je obydlování opuštěných prázdných prostor uživateli drog, které je častým fenoménem nejen na Praze 4 a které je zajímavé svými kulturními, sociálními a právními kontexty.

Citovaná literatura

- Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2016. Praha. Retrieved from: http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/17/1897303_519645_Akcni_plan_2014_2016.pdf
- Best, D., Gross, S., Vingoe, L., Wilton, J. and Strang, J. (2003), Dangerousness of drugs: a guide to the risks and harms associated with substance use, Department of Health, London.
- Braam R, Verbraeck H, Trautmann F. (2002). Rapid assessment and response (RAR) on problematic substance use among refugees, asylum seekers and illegal immigrants. A manual. Münster (Landschaftsverband Westfalen-Lippe).
- Bulíř, D. (2014). Metro.cz [online]. Retrieved from: http://www.metro.cz/foto.aspx?r=me-hlidac&foto1=ME1517925_F221205_01.jpg
- Český statistický úřad (2014). Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje hl. m. Prahy v roce 2013.
- Český statistický úřad (2015). Statistický bulletin Hlavního města Prahy za 1. čtvrtletí 2015.
- Český statistický úřad. (2014). Statistická ročenka Hlavního města Prahy 2014.
- ČSÚ. (2015). Čísla z první ruky za rok ... Praha. Praha: Český statistický úřad. Retrieved from: <https://www.czso.cz/documents/10180/26562799/33012215.pdf/f0bbf539-a6c2-4a76-9af9-e78273cd3cba?version=1.1>
- Drop-in, o.p.s. (2015). Výroční zpráva za rok 2014. Retrieved from: https://drive.google.com/file/d/0B64gC9HX1k_3WHFaNVhNMEhEUXc/view
- EMCDDA, & Institute for Therapy Research. (1998). Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States. Report No. EMCDDA Project (CT.97.EP.04). Lisboa/München: EMCDDA.
- EMCDDA. (2006). Výroční zpráva za rok 2006: Stav drogové problematiky v Evropě. Lisbon: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost.
- EMCDDA. (2009). An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisbon.
- Fitch, C., Rhodes, T., Hope, V., Stimson, G. V., Renton, A. (2002). The role of rapid assessment methods in drug use epidemiology, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Department of Social Science and Medicine, Faculty of Medicine, Imperial College, University of London, London, Offprint from Bulletin on Narcotics, vol. LIV, Nos 1 and 2.
- Hlavní město Praha (2014). Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2016. Praha: Magistrát Hlavního města Prahy.
- Hlavní město Praha (2014). Koncepce protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2020. Praha: Magistrát Hlavního města Prahy.
- Hlavní město Praha (2014). Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2020. Praha: Magistrát Hlavního města Prahy.

- Hlavní město Praha (2014). Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy v roce 2013. Praha: Magistrát Hlavního města Prahy.
- Hlavní město Praha (2015). Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy v roce 2014. Praha: Magistrát Hlavního města Prahy.
- Miovský, M. (n.d.) Teoretická východiska aplikace kvalitativních metod v moderním adiktologickém výzkumu. Praha: Centrum adiktologie 1.LF UK v Praze.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2013). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2014). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Zábranský, T. (2015). Klinická adiktologie. In K. kolektiv. Praha: Grada publishing a.s.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 2006. Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády České republiky
- Nutt, D. J., King, L. A. and Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, *The Lancet*, 376, pp. 1558–1565
- Pearson, R., Kessler, S. (1992). Use of Rapid Assessment procedures for evaluation by UNICEF. In Scrimshaw, N.S., Gleason, G.R. (Eds.), *Rapid assessment producers: qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes*. Boston, MA: International Nutrition foundation for Developing Countries, 387-401
- Počarovský, O., Pracovní skupina harm reduction při protidrogové komisi hlavního města Prahy. (2010). Úvodní informace k návrhu systémového řešení otevřené drogové scény v centru hlavního města Prahy. Praha.
- Progressive o.p.s. (2015). Výroční zpráva za rok 2014. Retrieved from: <http://www.progressive-os.cz/vz2014>
- Protidrogová komise Rady HMP (2015). Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2014.
- Regier, D. A. et al. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (EDA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 2511-2518.
- Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., ... & Gmel, G. (2013). Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use?. *Alcohol and alcoholism*, 48(6), 633-640.
- Ryska, P. (2014). Praha neznámá. Retrieved from: <http://www.prahaneznamazna.cz/praha-4/michle/>
- Sananim, z.ú. (2014). Výroční zpráva za rok 2013. Retrieved from: <http://www.sananim.cz/vyrocnizpravy/179/vyrocnizprava-za-rok-2014.html>
- Stimson, G.V., Fitch, Ch., Rhodes, T. (1998). *The Rapid Assessment and Response Guide on Injection Drug Use (IDU RAR)* World Health Organization

- Stuchlík, J. (2001). Asertivní komunitní léčba a case management. Focus Books, Praha.
- Toušek, L. (2012). Vybrané aspekty metodologie aplikované antropologie. In: Hirt, T. (a kol.): Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie , pp. 25-106. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- Trotter, R. T. I. (1991) Ethnographic Research ethods for Applied Medical Anthropology. In: Hill, C. E., (Ed.) Training anual in Applied Medical Anthropology, Washington: American Anthropology Association
- Týden.cz (2013). Zásah hasičů. Požár v Michli vypukl kousek od benzínky [online]. Retrieved from: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/pozar-v-michli-vypukl-kousek-od-benzinky-nebezpeci-uz-nehrozi_293387_diskuze.html#discussion-list
- Útvar rozvoje hl.m. Prahy, Odbor strategické koncepce. (2012). Porovnání Prahy se středoevropskými městy: podle vybraných ukazatelů. Praha.
- Word Health Organization - Department of Mental Health and Substance Dependence (2002). The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour
- Word Health Organization (2003). Rapid Assessment and Response Technical Guide
- Zábranský, T. (2004) Drogová epidemiologie, 1st edn. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého
- Zábranský, T., Běláčková, V., Štefunková, M., Vopravil, J. a Langrová, M. (2011). Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2006)
- Zíb Palasová, B. 2015. Analýza sociálně patologických jevů v České republice. Bc., Vysoká škola ekonomická v Praze

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, DD.MM.RRRR

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

[illegible]

[illegible]